

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 163

CONSIDÉRATIONS SUR LE DEGRÉ DE MALIGNITÉ
DES
**TUMEURS FIBREUSES DU CAVUM
ET DU MASSIF FACIAL**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 31 juillet 1939

PAR

Henri-Xavier-Alexandre CONNAUD

Élève du Service de Santé de la Marine

Ancien interne provisoire des Hôpitaux

Né à NAY (Basses-Pyrénées), le 7 septembre 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. PORTMANN, professeur	Président.
		DUBREUIL, professeur	Juges.
		LACOSTE, professeur	
		DESPONS, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 163

CONSIDÉRATIONS SUR LE DEGRÉ DE MALIGNITÉ
DES
**TUMEURS FIBREUSES DU CAVUM
ET DU MASSIF FACIAL**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 31 juillet 1939

PAR

Henri-Xavier-Alexandre CONNAUD

Élève du Service de Santé de la Marine

Ancien interne provisoire des Hôpitaux

Né à NAY (Basses-Pyrénées), le 7 septembre 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. PORTMANN, professeur	Président.
		DUBREUIL, professeur	Juges.
		LACOSTE, professeur	
		DESPONS, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOËUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DEFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
Physiologie	N.	id.	MASSÉ.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	DARGET.
id.	DELMAS-MARSALET.	id.	N.
id.	DE GRAILLY.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	FONTAN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPOUS.
id.	DERVILLEE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	N.	Physique médicale	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en congé).
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Pieux et inoubliable souvenir de
mon amour filial.

A LA MEMOIRE DE MA SCEUR

Trop vite arrachée à notre affection.

A MON PERE

Sa vie, toute de peines et de sacrifices, mériterait quelques joies.

Puisse ce modeste travail être le témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MA FEMME BIEN-AIMEE

A MON FRERE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

AU DOCTEUR A. LASSERRE

*Médecin Colonel des Troupes coloniales, en retraite,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui me dirigea dans le choix de ma
carrière et me fit aimer la médecine.
Profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF VARACHE

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de guerre.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN,
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY,
MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOURG,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BEAUVIEUX.

INTERNAT PROVISOIRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTMANN.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. DUBREUIL

*Professeur d'Anatomie générale et Histologie
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Directeur de l'Institut Pasteur de Bordeaux,
Membre correspondant de la Société de Biologie,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

J'ai toujours trouvé dans votre laboratoire un accueil bienveillant et bénéficié de vos conseils.

Permettez-moi de vous exprimer ma respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LACOSTE

*Docteur ès Sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Respectueuse gratitude pour la grande bienveillance qu'il nous a témoignée.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESPONS

*Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux,
Médaille militaire,
Croix de guerre.*

Qui a toujours été pour moi un guide précieux au cours de mon stage dans la Clinique d'oto-rhino-laryngologie, qui a eu la bonté de m'aider de ses conseils. Témoignage de mon profond attachement et de ma vive reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PORTMANN

*Professeur de Clinique d'oto-rhino-laryngologie,
Sénateur de la Gironde,
Médecin principal de la Marine (C. R.),
Membre de l'Académie royale de Médecine de Belgique,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Officier de Saint-Sava (Serbie),
Chevalier de l'Ordre de Charles III (Espagne).*

Qui m'a fait le grand honneur de
m'inspirer le sujet de cette thèse et
d'en accepter la présidence; en respec-
tueux hommage de reconnaissance
pour son merveilleux enseignement.

CONSIDÉRATIONS SUR LE DEGRÉ DE MALIGNITÉ
DES
TUMEURS FIBREUSES DU CAVUM
ET DU MASSIF FACIAL

INTRODUCTION

Ce travail, suggéré par notre Maître, le Professeur PORTMANN, n'a pas pour but d'élucider les problèmes si obscurs que posent les tumeurs fibreuses du cavum et du massif facial, ni de leur apporter une solution définitive. Mais, en colligeant de nombreuses observations cliniques de malades porteurs de ces tumeurs, on ne peut manquer d'être frappé de l'antinomie qui existe, pour la plupart d'entre elles, entre leurs caractères cliniques et évolutifs et leur aspect anatomo-pathologique.

Pour des tumeurs identiques au point de vue tissulaire et classées par les histologistes sous la rubrique de tumeurs bénignes, la clinique offre des cas de malignité très variables, certaines évoluant effectivement comme des tumeurs bénignes authentiques, d'autres, au contraire, s'apparentant aux cancers les plus malins.

C'est sur cette notion que la présente étude se propose d'insister.

CLASSIFICATION

Avant d'entreprendre ce travail, il faut fixer le mieux possible les limites des affections qui rentrent dans son cadre.

1° TUMEURS DU CAVUM.

Parmi les tumeurs fibreuses du cavum, deux formes cliniques doivent être distinguées :

a) *Les fibromes naso-pharyngiens proprement dits*, désignés par SÉBILEAU sous le nom de fibromes saignants de la puberté masculine, qui constituent la forme la plus fréquente; ils se développent chez des sujets jeunes (10 à 25 ans).

Ce sont des formations périostiques développées à partir du périoste de la base du crâne, le plus souvent au niveau du pourtour supérieur des choanes (MOURE) et sur l'apophyse basilaire de l'occipital. On a signalé aussi leur origine sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde ou sur la face antérieure des vertèbres cervicales, mais leur siège d'implantation est souvent très étendu.

b) *Les tumeurs fibreuses du naso-pharynx*, survenant chez l'adulte, chez les femmes, mais aussi chez l'adolescent et les très jeunes enfants, et qui ont souvent une évolution maligne (fibro-sarcome des classiques).

2° TUMEURS DU MASSIF FACIAL.

Les tumeurs fibreuses du massif facial sont beaucoup plus diverses par leur origine et leur siège.

Leur structure histologique peut servir de base à leur classification :

a) *Tumeurs fibreuses à cellules géantes* (anciennes tumeurs à myéloplaxes des classiques), *epulis fibreuses*. — « Elles pren-

nent naissance au niveau d'une racine de l'incisive latérale, de la canine, près de la fosse canine, au-devant du sinus, maxillaire. La tumeur peut être primitivement sous-périostée : elle proémine alors dans la fosse canine; ou bien endo-osseuse enkystée : elle force alors en se développant, les parois du sinus, qu'elle dédouble, et se développe vers la fosse canine et vers le sinus. » (SABRAZÈS.) Les deux sexes sont indifféremment atteints, mais ce sont des tumeurs des jeunes (15 à 25 ans).

b) *Tumeurs fibreuses à fibroblastes*. — On peut distinguer deux catégories :

α. *Des fibromes périostiques* : ils naissent du périoste des os du massif facial supérieur et leur évolution varie naturellement avec leur siège;

β. *Des fibromes centraux*, qui peuvent être :

— des fibromes purs « se développant au niveau du ligament alvéolo-dentaire; ils sont encapsulés dans une coque osseuse, à laquelle ils n'adhèrent généralement pas; ils se logent dans un des sinus » (SABRAZÈS);

— des ostéo-fibromes : ce sont des tumeurs formées de tissu conjonctif fibroblastique jeune, développées dans les espaces médullaires entre les ostéoblastes, qui forment des blocs plus ou moins compacts et modifiés.

HISTORIQUE

Les diverses recherches bibliographiques effectuées pour l'étude de notre sujet montrent que de nombreux auteurs avaient déjà été frappés du contraste anatomo-clinique qui constitue le trait essentiel des tumeurs qui nous occupent. La controverse sur leur véritable nature n'est, d'ailleurs, pas encore terminée.

Ce sont les fibromes naso-pharyngiens qui attirèrent tout d'abord l'attention. Au niveau des fosses nasales, HIPPOCRATE avait déjà distingué des polypes durs et des polypes mous; CELSE attribua aux premiers une nature cancéreuse. ROBERT et NÉLATON père décrivirent leurs caractères cliniques et étiologiques essentiels, en insistant en particulier sur leur tendance aux hémorragies (*Compendium*, 1845 à 1852). Dès cette époque, « bien que l'examen au microscope confirmât la nature fibreuse de ces tumeurs, à cause de leur évolution souvent fort grave, les esprits demeurèrent hantés par l'idée d'une malignité spéciale. On ne classait pas résolument parmi les tumeurs malignes ces formations polypeuses qu'on savait provenir d'une hyperplasie du tissu fibro-conjonctif, et pourtant les termes de sarcome, dégénérescence sarcomateuse, revenaient sans cesse dans les observations » (PIERRE). La tendance extensive, les hémorragies graves, les récidives, la cachexie terminale, furent par la suite des arguments suffisants aux yeux de nombreux auteurs pour faire attribuer aux tumeurs qui les provoquaient des caractères de malignité clinique et même histologique.

Confondant sous le nom de polypes naso-pharyngiens toutes les tumeurs du cavum, GRÖMBECH (thèse Copenhague, 1887), relate 41 observations ayant trait non seulement à des adolescents, mais encore à des adultes, à des femmes et à de très jeunes enfants, dont quelques-unes ont une évolution

maligne. Même pour ceux qui réservaient le nom de polypes naso-pharyngiens véritables à ceux qui frappent les adolescents mâles, l'idée de malignité n'en restait pas moins évidente dans leur esprit.

La dégénérescence sarcomateuse est citée par G. LEFFERTS, de New-York, comme possible pour les polypes naso-pharyngiens (*Encyclopédie internationale de chirurgie*, 1888), de même DA STELLA écrit en 1912 : « Le fibrome peut subir des dégénérescences, dont la principale est la dégénérescence sarcomateuse ».

Pour ESCAT (cité par LECÈNE, in *Traité de pathologie chirurgicale*), les fibromes naso-pharyngiens comporteraient tantôt des cellules à prolongements se rapprochant des cellules conjonctives fibroblastiques analogues à celles qui constituent le sarcome à cellules fusiformes, tantôt de véritables cellules embryoplastiques semblables à celles du sarcome embryonnaire. Et l'un de ses élèves, VAQUIER, écrit en 1903 : « Microscopiquement, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître aux fibromes naso-pharyngiens une tendance embryonnaire, et, partant, à la malignité ».

QUINLAN, à la même époque, dans *The Laryngoscope*, cite comme premier type de tumeur maligne du naso-pharynx le fibrome « qui se comporte comme une tumeur maligne et présente souvent des noyaux sarcomateux ».

Depuis longtemps, cependant, des auteurs ne se rangeaient pas à l'idée de la malignité histologique des polypes naso-pharyngiens. L'expression de ce revirement est fournie par une communication de VERNEUIL à la Société de chirurgie de Paris (1894), et les discussions qui suivirent.

« Je puis affirmer, conclut-il, que les polypes malins sont vraiment rares, je puis dire exceptionnels. »

A propos des récidives, QUENU remarqua, au cours de la même séance, qu'on abusait du mot récidive : « On a affaire, dit-il, à des portions de la tumeur non enlevées et qui végètent de nouveau, tout simplement. » BERGER prit la parole pour objecter que les preuves histologiques de l'existence des polypes naso-pharyngiens appartenant à l'espèce des sarcomes n'avaient pas été données. « Les caractères objectifs et subjectifs de la tumeur observés sur les vivants n'ont pas

la moindre valeur pour établir sa nature : développement rapide, vascularisation, envahissement des organes voisins, récides promptes et rebelles, sont les caractères des vrais fibromes naso-pharyngiens. »

PICQUÉ confirma le contraste anatomø-clinique de ces tumeurs en apportant l'observation d'un malade pour lequel on pensait à un sarcome. La rapidité d'évolution de la tumeur, les hémorragies, la mollesse de son prolongement apparent dans le sinus maxillaire, tout pouvait faire songer à une forme sarcomateuse, et cependant l'examen histologique démontra l'existence d'un fibrome.

En 1895, devant la Société viennoise de laryngologie, WEIL présenta comme fibro-sarcomes des préparations dont KOSCHIER contesta la nature maligne et affirma un fibro-myxome. RETHI, au cours de la discussion qui suivit, fit remarquer que ces tumeurs, lorsqu'elles renferment une grande quantité de cellules, « prennent une apparence, et non pas une nature sarcomateuse ».

KOENIG, dans son *Traité de pathologie chirurgicale* spéciale, confirme cette opinion de la façon suivante : le fibrome naso-pharyngien « peut bien être considéré en lui-même comme bénin, puisqu'il s'agit de fibrome... mais, si l'on prend en considération la situation topographique, le point de départ, l'accroissement rapide dans des régions importantes, on peut affirmer que ce genre de néoplasme est vraiment dangereux ».

Ainsi donc, on avait souvent formulé la confusion faite entre la gravité évolutive du point de vue clinique et la malignité au point de vue histologique. SÉBILEAU et ses collaborateurs, étudiant en 1923 les pièces opératoires des fibromes saignants de la puberté masculine, démontrèrent leur bénignité histologique. Mais la discussion semble loin d'être close, puisqu'en 1931, LETULLE, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, étudiant les fibromes naso-pharyngiens, écrit que « ce sont, en réalité, des fibro-sarcomes ou même des sarcomes ».

Les tumeurs fibreuses du massif facial furent aussi étudiées mais moins passionnément discutées.

C'est Ambroise PARÉ qui, le premier, avait remarqué le caractère fibreux de certaines épulis et leurs récides fréquentes.

Dans un chapitre intitulé « Tumeurs à texture vasculaire », WARREN (1837), décrit les tumeurs spongieuses des gencives, dont il distingue une variété bénigne et une autre maligne (SABRAZÈS).

NÉLATON accorde, dans le titre même de sa thèse originale (1880), une nature bénigne aux tumeurs à myéloplaxes.

TRENNERY, en 1850 (cité par FERGUSSON et BÉRARD, 1904), signale, chez un Espagnol de 20 ans, une tumeur fibreuse périostique de la partie externe du maxillaire supérieur droit, qui récidiva rapidement après ablation, avec production d'hémorragies. Une seconde opération fut nécessaire, qui démontra qu'il ne s'agissait que d'un fibrome dont le point de départ paraissait être le plancher du sinus maxillaire.

LE DENTU, en 1879, étudiant la classification des hyperostoses des os de la tête, remarque le désaccord entre l'histologie et l'allure clinique à propos d'une de ces tumeurs pour laquelle, en raison de la présence d'éléments fusiformes abondants, MALASSEZ avait porté le diagnostic de sarcome, et que LE DENTU considérait, lui, comme un produit périostique en voie d'ossification.

LOUIS OMBRÉDANNE, en 1902 (*Traité des maladies des mâchoires*), conclut, à propos des néoplasmes des maxillaires : « Le groupe des tumeurs bénignes des mâchoires est hétéroclite... Il comprend des tumeurs mixtes d'origine dentaire, des lésions qui ne sont qu'un stade de l'évolution de certains sarcomes ou qu'une variété anatomique des sarcomes, tumeurs de malignité inégale, mais qu'on ne saurait considérer comme bénignes. »

En 1910, MICHAUX, dans une communication à la Société de chirurgie de Paris, signale le caractère récidivant de ces tumeurs fibreuses. La même année, GAGNIER, dans sa thèse, constate que l'histologie de ces tumeurs les lui fait classer parmi les tumeurs bénignes, mais il signale que l'évolution lente au début, peut devenir brusquement rapide et nécessiter une thérapeutique mutilante, comme s'il s'agissait d'une tumeur maligne. La possibilité de récurrence n'est pas exclue. Mais il n'y a jamais envahissement ganglionnaire ni métastase.

PORTMANN et CAYE, en 1935, décrivent, dans leur travail sur les tumeurs fibreuses hyperplasiques du maxillaire supérieur,

le contraste anatomo-clinique, qui y est d'une évidence remarquable.

Il n'est pas inutile d'expliquer, par un court aperçu historique, pourquoi on peut réunir dans une même étude les tumeurs fibreuses du cavum et celles du massif facial. C'est qu'en réalité ces tumeurs à priori si diverses ont « un air de famille » assez accentué et se présentent, au double point de vue de la clinique et de l'anatomo-pathologie, comme des processus presque identiques.

Déjà NÉLATON (cité par MICHAUX) avait rapproché les fibromes naissant du périoste de l'apophyse ptérygoïde des tumeurs fibreuses du maxillaire supérieur.

Pierre DELBET, en 1910, à propos d'une tumeur fibreuse périostique du maxillaire supérieur avec fibroblastes abondants, développée chez un garçon de 18 ans et ayant entraîné des déformations maxillo-faciales (comblement du sinus, soulèvement de la joue au niveau de la fosse zygomatique), dit : « Permettez-moi de vous faire remarquer que cette tumeur s'est développée chez un garçon, qu'elle avait une tendance à s'insinuer dans les loges osseuses, poussant des prolongements là où la résistance est moindre, qu'elle est une tumeur fibreuse contenant des vaisseaux lymphatiques et sanguins ayant pris naissance sur l'os; tous ces caractères, âge et sexe du sujet, origine périostique et osseuse, rapidité et modalité du développement, forme histologique, sont ceux que l'on observe dans les fibromes naso-pharyngiens. Aussi, malgré son siège très différent des polypes naso-pharyngiens ordinaires, elle me paraît devoir être rapprochée de ces derniers. »

La même année, MICHAUX, dans un compte rendu à la Société de chirurgie, établit une comparaison entre les fibromes naso-pharyngiens et les tumeurs du massif maxillaire supérieur : « Parmi les rares observations de fibromes du maxillaire supérieur, on en retrouve une ou deux dans lesquelles l'évolution et l'extension du polype se rapprochent, en effet, des caractères cliniques et de l'évolution des fibromes naso-pharyngiens. »

PORTMANN et CAYE pensent, eux aussi, que l'on peut affirmer l'analagie, sinon l'identité, de ces deux formes tumorales : « au niveau du massif maxillo-facial, quelle que soit la situation

d'un point périostique sur l'os, cette situation n'intervient pas sensiblement pour modifier les modalités évolutives d'un processus hyperplasique qui peut l'atteindre à n'importe quel point particulier. Que ce soit au niveau du canal choanal, du périoste périphérique, des espaces médullaires, le tissu conjonctif fibreux se comporte de même devant l'hyperplasie. Il n'est point besoin d'insister sur les déformations parfois considérables qu'entraînent les fibromes naso-pharyngiens. Ce caractère évolutif important, analogue à celui des tumeurs fibreuses hyperplasiques du maxillaire supérieur que nous relatons, ajoute encore à la ressemblance des deux affections ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite et personnelle).

(Prof. PORTMANN.)

B... (Gérard), 12 ans, 26 février 1932.

Le jeune malade se présente à la consultation pour épistaxis, qui surviennent presque chaque matin depuis un mois. Spontanées, profuses, durant jusqu'à dix minutes. Depuis trois mois, gêne respiratoire nasale gauche, coryzas fréquents, céphalée cranio-frontale; mouche beaucoup, surtout du côté droit. Toux et expectoration depuis quelque temps.

Entre à l'Hôpital du Tondu, mais en sort quelques jours après, car il ne présente aucune épistaxis.

Le 3 juin, reprise des hémorragies. Temps de saignement : 2 m. 30; de coagulation : 9 minutes. Anémie légère, 4.200.000 globules rouges. Hémoglobine : 80 p. 100.

Au toucher, tumeur sessile, dure, insérée sur la voûte du naso-pharynx et présentant une bosselure descendant en arrière de la fosse nasale gauche. Hémorragie provoquée. Il s'agit manifestement d'un fibrome saignant de la puberté masculine. Etant donné la forme sessile et la difficulté de l'éradication, on n'intervient pas, et on soumet l'enfant à un traitement médical (chlorure de calcium et hémostyl). Par la suite, épistaxis nombreuses et abondantes, qui font revenir le malade à l'hôpital le 17 novembre 1933.

A ce moment, un toucher pratiqué par le Professeur PORTMANN ne montre qu'un cavum un peu rétréci. Après application du releveur du voile, on ne révèle rien d'anormal dans le cavum. Choanes libres. Pas de polype visible.

Le 12 juin 1934, il ne semble pas exister de tumeur du cavum. On pratique un chromiquage et un étincelage de la tache vasculaire gauche, où il existe des varicosités de la cloison qui pourraient être à l'origine des épistaxis.

Le 20 juillet 1935, otite moyenne; réaction mastoïdienne.

OBSERVATION II (Inédite et personnelle).

(Prof. PORTMANN.)

D... (Paul), 18 ans. — 1^{er} mai 1935.

Obstruction nasale droite depuis huit mois, qui s'est installée insidieusement. Légères épistaxis avec ou sans effort de mouchage. Le malade dort la bouche ouverte et mouche abondamment, surtout à gauche.

Examen. — Fosse nasale gauche : Sécrétions muco-purulentes, croûtes à la partie postérieure du méat moyen, et entre le cornet moyen et la cloison. Muqueuse rouge.

Fosse nasale droite : Muqueuse normale, la partie postérieure est obstruée par une masse lisse de coloration rosée mobilisable légèrement au stylet.

Rhino-pharynx : Rhinoscopie postérieure : masse ovalaire et aplatie de la grosseur d'un petit œuf de poule, lisse, de couleur rouge violacé, dont la face postérieure est recouverte de sécrétions muco-purulentes. Cette masse occupe la partie médiane du cavum et obstrue les deux choanes.

Au toucher, tumeur de consistance ferme, élastique, immobile, fixée à sa partie supérieure, mais non sur les côtés ni en arrière.

Diaphanoscopie. — Sinus maxillaires opaques, le gauche, plus que le droit. Sinus frontaux normaux, état général bon. Temps de saignement : 5 minutes; temps de coagulation : 11 minutes.

Radio. — Sinus maxillaire et ethmoïde voilés du côté droit; de profil, flou dans la région du rhino-pharynx sans qu'on puisse délimiter les contours d'une image. On peut cependant préciser l'insertion à la base du crâne.

Transmaxillo-nasale droite, le 6 mai 1935 (Prof. PORTMANN). — Anesthésie à la canule de DELBET-LEDUC, après trachéotomie. Voie d'accès classique. On s'aperçoit alors que la tumeur a un prolongement dans la fosse nasale droite. Comme elle est relativement petite, on ne peut avoir une bonne prise avec le forceps. On extrait alors le fibrome fragmenté par la voie nasale et par la voie buccale, en s'aidant d'un doigt intrabuccal. Rugination de la surface d'implantation de la tumeur; tamponnement serré, sutures.

Suites opératoires. — Très bonnes, déméchages progressifs et sans incident.

Examen anatomo-pathologique (porte sur deux fragments) : « 1^o Tissu lymphoïde hyperplasié et infecté; 2^o aspect typique de fibrome de la puberté masculine. » (Dr M. VALETTE.)

2 juin : Exéat guéri.

24 décembre 1936 : Le malade présente à la partie supérieure de la cicatrice de transmaxillo-nasale une petite collection avec une fistule purulente développée dans la région lacrymale. Le service d'ophtalmologie, auquel a été adressé le malade, répond que les voies lacrymales sont obstruées au niveau du sac par un obstacle probablement cicatriciel.

Incision simple au bistouri dans l'ancienne cicatrice, donnant issue à du pus. Rien au niveau des fosses nasales. Guérison.

OBSERVATION III (Inédite et personnelle).

(Prof. PORTMANN.)

F... (Armand), 15 ans, cultivateur. — 20 novembre 1931.

Le malade vient consulter dans le service du Professeur PORTMANN pour gêne respiratoire de la narine gauche depuis six mois. Il dort la bouche ouverte et mouche des mucosités jaunâtres abondantes. Voie

nasonnée. Pas de toux ni d'expectoration. Une épistaxis ayant duré trois jours. Pas d'amaigrissement. Bronchite à 13 ans. Rougeole. Etat général : jeune homme pâle.

Bouche et gorge : Rien à signaler. Le voile n'est pas déformé.

Fosse nasale gauche : Tout au fond, on aperçoit une masse de couleur rosée recouverte de muco-pus gris, mobilisable au stylet.

Rhinoscopie postérieure. — On aperçoit une tumeur rose à parois lisses, médiane, masquant l'orifice choanal. On ne peut distinguer la zone d'implantation de façon précise.

Le toucher naso-pharyngien montre qu'il s'agit d'une tumeur dure, indolente, ne saignant pas, paraissant implantée par un large pédicule sur le corps du sphénoïde. Elle descend assez bas, jusqu'à 1 cm. 5 des fosses nasales. A la diaphanoscopie, le sinus gauche est peu éclairé.

La radio dessine la projection de la tumeur.

Temps de saignement et de coagulation normaux.

Transmaxillo-nasale (3 décembre 1931). — Voie d'abord classique, qui permet d'apercevoir la tumeur dans le fond de la choane. Il est nécessaire, pour avoir un accès meilleur, de sectionner la partie postérieure du vomer et de la cloison. On accède ainsi sur toute la cavité naso-pharyngée. Prise au davier de FARABEUF, puis à la grosse pince plate. Tractions énergiques, permettant l'éradication de la tumeur : l'attache en était nettement sphénoïdale sur la paroi inférieure du cavum, immédiatement en arrière des deux orifices choanaux. Régularisation à la pince gouge de la surface, où pendent encore de petits tractus fibreux. Tamponnement serré, sutures.

Suites opératoires. — Excellentes, à part quelques petites poussées thermiques. Déméchage progressif sans incidents. Bon aspect de la cavité.

Exéat le 31 décembre 1931.

7 juillet 1933 : Epistaxis depuis cinq jours, pas de gêne respiratoire nasale.

Examen. — Rien à signaler.

Examen anatomo-pathologique. — Fibrome naso-pharyngien typique.

OBSERVATION IV (Inédite et personnelle).

(Prof. PORTMANN.)

R., (Pierre), 9 ans. — 8 juillet 1936.

Gêne respiratoire progressive depuis ces derniers mois. Gros ronflements nocturnes. Le malade dort la bouche entr'ouverte.

Au toucher, tuméfaction du volume d'une grosse noix, arrondie, lisse, de consistance ferme, adhérente à la base du cavum. Pas d'hémorragie.

Radio. — Fosse nasale droite floue et opaque. De même le sinus maxillaire. Le sinus sphénoïdal semble détruit et envahi par la tumeur. Bon état général. Surdité depuis l'âge de 3 ans, à la suite d'une méningite.

Transmaxillo-nasale droite (le 10 août 1936 : Prof. PORTMANN). — Voie d'abord classique. L'ouverture du sinus maxillaire montre l'envahissement de cette cavité par la tumeur, qui comble également la fosse nasale

de ce côté. A l'aide de la pince-forceps et sans qu'il soit nécessaire d'inciser le voile du palais, on accouche facilement la tumeur, dont l'insertion est ruginée par l'orifice de la transmaxillo-nasale. Temps peu hémorragique, méchage et suture.

Suites-opératoires bonnes.

24 août, déméchage à bloc.

30 août, exéat guéri.

Anatomie pathologique. — « L'aspect, quelque peu variable, présente en certains points une tendance fibreuse accentuée avec nombreux vaisseaux, quelques tubes glandulaires et des îlots inflammatoires. Mais, en d'autres points, l'aspect est celui d'un polype muqueux banal des fosses nasales. Là domine un tissu myxoïde très infiltré de sérosités et comme gélatineux où les éléments cellulaires se trouvent en quelque sorte dilués. Nulle part il n'existe le moindre signe de dégénérescence épithéliomateuse. » (Dr NADAL.)

OBSERVATION V (Inédite et personnelle).

(Prof. PORTMANN.)

M... (Henri), 46 ans. — 20 juin 1933.

Depuis longtemps le malade éprouve de la gêne à respirer. Rhumes fréquents, maux de gorge, bourdonnements et sifflements fréquents dans l'oreille. Céphalées. Sécrétions nasales abondantes. Dort la bouche ouverte. Pas de toux ni d'expectoration. Le malade aurait déjà subi deux interventions.

A l'examen. — Facies adénoïdien, suppression de la respiration nasale, pharyngite granuleuse; des mucosités purulentes s'observent dans les fosses nasales gauche et droite et descendent du rhino-pharynx. Réaction amygdalienne.

A la rhinoscopie postérieure, végétations adénoïdes découvertes aussi au toucher. Tympan opaques et légèrement rétractés. Adénotomie le 28 juin 1933.

1^{er} août 1933 : Le malade revient parce qu'il ne respire pas par le nez. Il mouche abondamment et présente une sensation de plénitude des deux oreilles.

Examen. — Fosse nasale gauche : Tuméfaction obstruant la choane, visible aussi à droite, où elle est recouverte de mucosités. Le naso-pharynx est rempli par une masse lisse rougeâtre arrondie, visible sur tout en relevant le voile, immobile au toucher, de consistance régulière, dont l'implantation est périchoanale antérieure large. Tympan ternes rétractés. Manches du marteau un peu rosés. Cordes vocales rouges.

Biopsie (le 11 août 1933). — « Fibrome saignant de la puberté masculine, structure typique constituée par du tissu scléreux très dense, cellules conjonctives nombreuses, tassées et aplaties, vaisseaux volumineux se présentant sous forme de fentes. » (Prof. DUBREUIL.)

24 août 1933 : Transmaxillo-nasale classique, permettant d'avoir un jour suffisant sur le cavum. D'emblée, la tumeur apparaît, la zone d'implantation est située à la partie supéro-externe de la choane gauche. Le fibrome est pris au moyen d'une pince courbe, désinséré et enlevé par les

voies naturelles. Hémorragie abondante, tamponnement du naso-pharynx, de la fosse nasale et du sinus maxillaire gauche. Sutures. Suites opératoires très bonnes. Excât guéri.

16 octobre 1933 : Revient à l'Hôpital du Tondu. Il présente au niveau du méat inférieur gauche à sa partie postérieure une tuméfaction molle de couleur rose pâle, ayant l'aspect granité, mobile au toucher. On pense à une récédive.

On enlève facilement la tumeur au serre-nœud à peu près en totalité. On fait une biopsie au niveau du cornet inférieur, qui montre un polype muqueux banal sans phénomènes inflammatoires.

29 décembre 1933 : Pas de troubles fonctionnels, mais petites masses polypoïdes siégeant sur la partie latérale de la choane droite. Elles deviennent plus abondantes dans les mois qui suivent, surtout à gauche, où elles sont molles au toucher et pédiculées.

Puis apparaît une surdité, d'ailleurs passagère, avec douleurs auriculaires et tympan rétractés. Céphalées, mucosités et sécrétions abondantes du rhino-pharynx.

Le malade est revu quelque temps après, présente toujours des vertiges, des céphalées, du pus dans le rhino-pharynx, une hypertrophie du cornet inférieur droit.

OBSERVATION VI (Inédite et personnelle.)

(Prof. agrégé DESPONS.)

S... (J.), 46 ans.

Hémorragies nasales abondantes depuis plusieurs mois du côté gauche. Gêne respiratoire nasale, pas de déformations extérieures. Masse fibreuse dans la fosse nasale gauche saignant au moindre contact.

A la rhinoscopie postérieure, tuméfaction arrondie lisse, fixée.

Intervention (le 12 juillet 1935, Hôpital Bagatelle : Dr DESPONS). — Transmaxillo-nasale de MOURE. Anesthésie à la canule intercrico-thyroïdienne de BUTLIN-POIRIER. Tamponnement pharyngé. La tumeur occupe la fosse nasale gauche, le sinus maxillaire gauche et le rhino-pharynx. Rugination et désinsertion au pourtour du cadre supérieur choanal. Extirpation d'une tumeur du volume d'une mandarine, avec prolongement nasal et sinusien. Rugination par voie nasale. Extirpation par forceps par le pharynx.

Suites opératoires. — Sans incidents.

Examen histologique. — « Fibrome pur avec nombreux vaisseaux. » (Dr NADAL.)

Pas de récédive depuis quatre ans.

OBSERVATION VII (Inédite et personnelle.)

(Prof. agrégé DESPONS.)

L... (P.), 15 ans.

Hémorragies nasales gauches depuis deux ans, très abondantes. Obstruction nasale gauche.

Intervention (le 9 janvier 1939, Clinique Saint-Seurin). — Anesthésie générale au chloroforme par la canule intercrico-thyroïdienne de BUTLIN-POIRIER. Transmaxillo-nasale gauche. Prolongement nasal. Rien dans le sinus maxillaire, on morcelle le prolongement nasal pour se donner du jour. Hémorragie abondante. On saisit avec un forceps le polype par voie nasale. Par le rhino-pharynx, au doigt et à la rugine, on désinsère le fibrome, qui vient sans difficulté par la fosse nasale. Tamponnement.

1^{er} juin 1939 : Le malade est revu. La cavité est en bon état. Pas de récidive.

Examen histologique. — « Fibrome pur. » (Dr NADAL.)

OBSERVATION VIII (Inédite et personne'le).

(Prof. PORTMANN.)

T... (Roger), 24 ans, ouvrier agricole. — 23 août 1936.

Gêne progressive de la respiration nasale, apparue depuis six mois, avec difficulté de la parole et ronflement nocturne. En juillet 1936, le malade s'aperçoit en regardant sa gorge de la présence d'une tumeur débordant le voile du palais. Son médecin l'adresse à l'Hôpital du Tondu.

Antécédents. — Opéré des végétations adénoïdes en 1933.

Examen. — Gêne respiratoire nasale. Facies un peu hébété, bouche entrouverte, difficulté dans la prononciation des consonnes nasales, ronflement nocturne très accentué. Légère obstruction tubaire.

A l'inspection : Bouche : on aperçoit, débordant le palais mou, une masse tumorale bourgeonnante de couleur rosée, qui refoule le pilier et la luette en avant et qui suit les mouvements de ces organes. A la rhinoscopie : Dans la narine droite : prolongement volumineux obstruant presque entièrement l'orifice narinaire. Au toucher : on sent une masse de moyenne consistance se déplaçant facilement, non douloureuse, siégeant dans le cavum, à la paroi antérieure duquel elle est attachée par un pédicule. Le toucher ne la fait pas saigner. Temps de saignement et de coagulation : normaux. Globules rouges, 4.620.000.

Biopsie. — « Tumeur à noyau fibreux particulièrement dense avec une zone périphérique myxoïde avec disposition papillaire extrêmement marquée et très désordonnée. L'élément proliférant paraît être essentiellement le fibro-vasculaire; la zone épithéliale, bien que très tourmentée, paraissant indemne de dégénérescence maligne. Un autre fragment de la même pièce présente des anfractuosités cryptiques revêtues d'un épithélium cylindrique stratifié du type des fosses nasales. En surface, les revêtements de ces deux fragments sont presque partout pavimenteux stratifiés. Le tout est enrobé d'un abondant muco-pus. » (Dr NADAL.)

Radio. — De face, les deux fosses nasales sont opacifiées, de même que le sinus maxillaire droit.

Transmaxillo-nasale droite (le 13 août 1936 : Prof. PORTMANN). — Anesthésie générale au chloroforme après trachéotomie. Technique habituelle, ouverture du sinus maxillaire. On expose parfaitement les fosses nasales et la tumeur est ainsi aperçue d'aspect polypoïde, qui a envahi

le sinus et comble la fosse nasale droite. Elle est perçue derrière le voile du palais, qui est incisé sur la ligne médiane. La tumeur est très facilement prise dans le forceps et accouchée par les voies naturelles tandis qu'on rugine son insertion supérieure; méchage et suture du voile de la peau. Suites opératoires très bonnes. Déméchage progressif sans incidents. Exéat le 30 août.

Anatomie pathologique. — La tumeur est divisée en plusieurs lobes vraisemblablement modelés sur les cavités où elle s'est développée, mais, en outre, elle présente marginalement une subdivision polypoïde p'us accentuée. L'épithélium de surface est à peu près partout pavimenteux, stratifié; la zone superficielle de la masse est creusée en bien des points de nombreuses anfractuosités, tapissée d'un épithélium stratifié avec cellules vibratiles très nettes. Le corps de la tumeur est fibro-conjonctif, mais avec des densités très variables. On trouve des points franchement fibreux, à structure serrée, à substance collagène abondante et à noyaux cellulaires très clairsemés. Plus souvent, le tissu prend l'aspect myxoïde jusqu'à devenir parfois gélatineux et diffus. Dans ces derniers points, les éléments tissulaires sont très dissociés, la sérosité est abondante, et les cellules conjonctives montrent très nettement leur disposition multipolaire en araignée, comme dans l'expérience de la boule d'œdème. Vers la surface, il y a une réaction très vive, que traduit une infiltration leucocytaire extrêmement abondante avec prédominance des cellules plasmiques.

« Caractère essentiel : la vascularisation est extrêmement développée. Par places, aspect pseudo-angiomateux. Altérations vasculaires avec figures d'endarterite et surtout dégénérescence hyaline de très nombreux petits vaisseaux.

» Rien dans ce néoplasme n'éveille l'idée de dégénérescence épithéliomateuse ni même sarcomateuse. Il n'y a pas de malignité, à proprement parler, » (Dr NADAL.)

16 juillet 1937 : Polype à l'entrée de la narine droite :

Biopsie. — « Il s'agit d'une masse polypoïde constituée par un stroma relativement peu abondant, sauf en un point, et des productions épithéliales. La plus grande partie de la tumeur est de structure adénomateuse. Elle est constituée par des cavités innombrables juxtaposées, tapissées d'un épithélium cylindrique stratifié du type fosse nasale d'impeccable régularité. Le stroma, peu abondant en ces points, est de structure embryonnaire, très riche en cellules, ou même parfois lymphoïde. Glandes et follicules clos intéressés par la coupe. Exceptionnellement, formations kystiques. Malgré le caractère récidivant au point de vue clinique, le type serait celui d'une tumeur bénigne. » (Dr NADAL.)

28 juillet 1937 : Rhinoscopie antérieure : tumeur visible à l'entrée de la fosse nasale droite. Rhinoscopie postérieure : choane droite obstruée par la tumeur. Toucher : tumeur élastique obstruant toute la lumière choanale. Le lendemain, ablation de la tumeur (Prof. PORTMANN). Anesthésie de la fosse nasale et du rhino-pharynx. On met en place le releveur du voile, qui permet de déterminer plus précisément l'étendue de la tumeur : elle obstrue en totalité la choane droite et émet un prolongement vers la choane gauche, adhérent à sa partie inférieure. L'examen au porte-coton de la fosse nasale droite laisse supposer que le point d'implantation se trouve à la partie postéro-supérieure de la cloison. On essaie de le libérer à l'aide du crochet mousse, puis d'envoyer le polype dans l'anse d'un serre-nœud de VACHET. Section du pédicule. L'index est introduit dans le calvum et ramène la masse prin-

cipale du polype. Un petit fragment reste adhérent au serre-nœud. Après ablation, la fosse nasale droite et la choane paraissent parfaitement libres. Par contre, la partie intérieure de la choane gauche où adhérerait le polype n'est pas nette.

La tumeur est du volume d'une grosse noix.

Polype fibro-muqueux probable.

Pas d'hémorragie. Exéat le 3 juillet 1937.

Anatomo-pathologie. — « La masse étudiée présente la structure d'un polype fibro-muqueux de densité variable suivant les points. On trouve particulièrement sous l'épithélium des zones avec surcharge leucocytaire extrêmement intense. Aucun indice de malignité. » (Dr NADAL.)

OBSERVATION IX (Inédite et personnelle).

(Prof. PORTMANN.)

B... (Raymond), 16 ans, étudiant. — 21 avril 1931.

Début en mars 1930 par épistaxis abondantes et répétées, et gêne respiratoire à gauche. Cautérisations au thermo de la muqueuse nasale. En décembre 1930, épistaxis très importante, suivie d'une gêne respiratoire plus marquée. Entre à l'hôpital pour intervention le 28 mars 1931. Jeune homme pâle et fatigué.

A gauche, pus au niveau du méat moyen; dans le fond de la narine, masse blanchâtre, facilement mobilisable au stylet et saignant au contact. Temps de saignement et de coagulation normaux. Globules rouges, 4.200.000. Hématies granuleuses. Diaphanoscopie : disparition des triangles lumineux sus et sous-orbitaires. Radiographie positive du côté gauche : opacité très marquée jusqu'au sinus sphénoïdal, en arrière, et empiétant latéralement d'une manière très nette vers la droite.

4 mai 1931 : Biopsie au niveau du méat moyen. Hémorragie. Résultat : « Fragment constitué par du tissu fibreux, dans lequel sont logés de très volumineux capillaires à simple paroi endothéliale. Eléments typiques du fibrome saignant de la puberté masculine. »

Transmaxillo-nasale de Moure (le 7 mai 1931 : Prof. PORTMANN). — Anesthésie générale au chloroforme après trachéotomie. Voie d'accès classique : on aperçoit alors la tumeur, implantée sur le bord supérieur de la choane gauche et qui occupe le naso-pharynx avec un prolongement nasal et dans le sinus maxillaire gauche. La tumeur est saisie par voie bucco-pharyngée avec le forceps, tandis que l'on détache par voie nasale avec le doigt son insertion. Hémorragie assez importante. La tumeur est enlevée facilement, sauf le prolongement nasal, qui est extrait indépendamment. Tamponnement et sutures.

Pièce opératoire : Tissu fibreux très dense et très homogène, largement dilaté par des capillaires très sinueux creusés en pleine masse fibreuse à paroi endothéliale. Au niveau du pôle d'implantation, fragments périostiques et même deux ou trois petits fragments osseux. Suites opératoires bonnes, relèvement de l'état général.

Exéat le 29 mai 1939.

10 mai 1932 : Le malade revient parce que, depuis quelques jours, son œil gauche voit trouble. Affaiblissement progressif de la vision, épistaxis

droites, céphalées frontales périorbitaires et occipitales. Toucher naso-pharyngien, rien à signaler.

Examen oculaire. — O.D. — O.G. : V. = 10/10.

Papilles : O.D. : paraît flou, pas d'œdème; bords bavés; O.G. : vaisseaux coudés à la partie supérieure, non œdématisés. Conjonctivite légère pouvant expliquer la baisse de la vision. Les troubles papillaires seraient anciens (Dr BESSIÈRES.)

25 octobre 1932 : Le malade se plaint depuis quelques mois d'être gêné pour respirer par la narine gauche. Au toucher naso-pharyngien, celui-ci semble être rétréci par du tissu fibreux, qui serait cicatriciel. Pas d'hémorragie. Rhinoscopie : tuméfaction rosée d'aspect polypoïde, mobile. Biopsie portant sur un fragment très dur. Hémorragie abondante; tamponnement nécessaire. « Polype avec très peu de tissu lâche et prédominance de tissu scléreux dense très fortement vascularisé par des vaisseaux volumineux. Structure rappelant le fibrome naso-pharyngien. On trouve au niveau du point d'implantation du tissu glandulaire remanié par un processus inflammatoire chronique et infiltré par des monocytes. Pas de signes de dégénérescence maligne. »

10 novembre 1932 : Retouche de transmaxillo-nasale. On arrive sur la tumeur. Elle siège en arrière de la choane gauche et envoie un prolongement en avant dans la fosse nasale correspondante. Arrachement de la tumeur en plusieurs fragments. On s'aperçoit que le sinus sphénoïdal est comblé par un prolongement tumoral, de sorte qu'après ablation de celui-ci on ne peut savoir exactement s'il ne persiste pas quelque part un fragment néoplasique ignoré. Tamponnement, suture. Suites opératoires bonnes. Bon état général. Exéat le 1^{er} décembre.

7 février 1933 : Aucune gêne respiratoire; aucune masse tumorale, mais muco-pus abondant.

. OBSERVATION X (Inédite et personnelle).

(Prof. PORTMANN.)

M... (Léonard), Mulhouse.

C'est un jeune garçon de 11 ans dont les premiers troubles furent constitués par une gêne respiratoire ayant abouti à l'obstruction nasale gauche, et des épistaxis.

En janvier 1935, il fut examiné et opéré par le Professeur OPPIKOFER, de Bâle.

La pièce opératoire fut examinée à l'institut de pathologie de l'Université de Bâle (28 janvier 1935) : « De l'examen anatomo-pathologique, il résulte qu'il s'agit d'une forme tumorale fibromateuse, et plus particulièrement d'un fibrome se montrant très riche en fibres collagènes, dont les cellules laissent reconnaître de tous côtés une expansion. On reconnaît çà et là de petits centres de croissance. On ne peut affirmer une transformation sarcomateuse. A la superficie, là où on peut reconnaître la muqueuse, on trouve une inflammation chronique assez importante. Il s'agit de ces fibromes qui, anatomo-pathologiquement, apparaissent bénins, mais qui, cliniquement, causent des symptômes malins et ont une évolution très expansive. Diagnostic : fibrome du naso-pharynx, riche en fibres collagènes. » (FINKELDEY.)

Mais rapidement apparut une récurrence, qui nécessita une réintervention en mai 1935.

Nouvelle récurrence. Le jeune malade fut alors confié aux soins du Professeur SCHINTZ, de Zurich, qui institua un traitement par les rayons X. Ce traitement sembla, au début, avoir un effet favorable, puisqu'on observa une diminution de volume de la tumeur, qui, sans être complète, fut néanmoins considérée comme satisfaisante. Il persiste cependant une voussure du voile du palais. Les épistaxis ont cessé, mais, au moment des rhumes, le malade mouche des sécrétions brun-rougeâtres.

En novembre 1935, devant la persistance de la tumeur, le Professeur OPIKOFER procède à une nouvelle intervention. (Il est à noter qu'aucune de ces interventions n'a jamais été faite par voie externe.)

En 1936, nouvelle récurrence non opérée et traitée encore une fois par les rayons X. Entre temps, le malade va consulter le Professeur HAUTANT, qui conseille l'intervention.

Le 28 juin 1938, il est présenté à la consultation du Professeur PORTMANN, à Paris, qui émet le même avis.

Le traitement radiothérapique est néanmoins continué sans amélioration notable.

Au début de janvier 1939, le Professeur SCHINTZ constate, au contraire, une aggravation nette de l'état du malade et une augmentation du volume de la tumeur.

Le 19 janvier 1939, il vient à nouveau consulter le Professeur PORTMANN. A l'examen, la tumeur s'est beaucoup développée vers l'arrière-gorge. Elle est visible à la rhinoscopie antérieure, surtout à gauche, refoule le voile du palais. Le toucher la montre libre en arrière, mais insérée sur le basi-phénoïde par une attache large. L'intervention est décidée.

Transmaxillo-nasale gauche (Prof. PORTMANN). — Protocole opératoire : anesthésie générale au chloroforme par la trachée à l'aide de l'appareil de RICARD et de l'embout trachéal de LEDUC. Incision et voie d'abord classiques. La tumeur apparaît immédiatement, très dure, solidement fixée, très hémorragique, ayant complètement repoussé la cloison intersinuso-nasale du côté du sinus et dans la partie supérieure. Elle semble s'étendre jusqu'à la table crânienne au-dessus de l'ethmoïde, déformant en dedans la cloison et en dehors la paroi interne de l'orbite. Déformation expliquant le début d'exophtalmie préexistant. On essaie de libérer la tumeur par cette voie nasale après avoir complètement réséqué la cloison intersinuso-nasale en se donnant du jour du côté du sinus. Malgré une traction très prudente, un fragment de tumeur se détache, mais la grosse masse est absolument immobilisée et semble faire corps, en arrière, avec le plancher de la fosse nasale. Un ouvre-bouche est mis en place. La tumeur, qui obstrue en partie l'isthme du gosier et repousse en avant le voile du palais, est dégagée par une incision du voile entre les deux muqueuses auquel il est inséré, s'étendant en avant jusqu'à la partie moyenne de la voûte palatine. On s'aperçoit alors que la région postérieure de la voûte palatine, du côté gauche, a été détruite par la tumeur dont un prolongement semble s'être infiltré dans l'épaisseur même du voile du palais. Une grosse pince à cran est alors enfoncée dans le naso-pharynx, et, en même temps que l'on repousse dans la cavité maxillo-nasale la partie haute du néoplasme, on essaie de la désinsérer. Plusieurs essais sont infructueux, tandis qu'à chacun d'eux un fléchissement du pouls très inquiétant fait arrêter l'opération. Perte de sang considérable. Enfin, dans un dernier effort, on accouche par la voie buccale, la plus grande partie de la tumeur, dont l'insertion sphénoïdale entraîne une fracture de l'os à ce niveau. Tamponnement. Le prolongement

ethmoïdo-nasal est cependant resté en place. Après avoir attendu quelques instants, le pouls n'étant plus perceptible, l'ablation des derniers fragments est faite par voie nasale. D'ailleurs, à partir de ce moment jusqu'à la fin de l'opération, on ne sent pas le pouls et l'aiguille du Pachon est à peu près immobile. Le reste de l'intervention est pratiqué très rapidement. Tamponnement à la gaze iodoformée de la brèche considérable, la tumeur ayant fait un évidemment beaucoup plus important qu'on n'aurait pu le supposer. Reconstitution à la soie de la brèche palatine. La peau est suturée aux crins. L'opéré reste dans la salle d'opération pendant une heure avec sérum sous-cutané, toni-cardiaques, réchauffement, la tension ne remonte un peu qu'au bout de trois quarts d'heure et le pouls n'est redevenu perceptible que trois heures environ après l'intervention.

Les dangers de mort par choc opératoire ou par méningite ayant disparu dans les premiers jours, les suites opératoires ont été bonnes.

Examen anatomo-pathologique. — « Il s'agit d'un fibrome creusé de nombreuses cavités vasculaires irrégulières, parfois arrondies, parfois polygonales, déformées par des bourgeons conjonctifs qui font plus ou moins saillie dans la lumière. Par endroits, cette tumeur a un aspect angiomateux. Le conjonctif est riche en collagène. Au voisinage des vaisseaux, ils contiennent des cellules assez volumineuses, très souvent anguleuses. Il n'y a ni figures de mitose, ni monstruosité cellulaires ou nucléaires et l'aspect de la tumeur est histologiquement bénin. En résumé, fibrome vasculaire. » (Dr. MOUGNEAU.)

OBSERVATION XI (Inédite et personnelle).

(Prof. PORTMANN.)

B... (Georges), 11 ans. — 6 novembre 1934. Frère de B... (Gérard), obs. I.

Le malade vient consulter dans le service du Professeur PORTMANN pour gêne respiratoire nasale, durant depuis des années. Amaigrissement, facies adénoïdien, pharynx granuleux, amygdales légèrement hypertrophiées, mucus dans le pharynx.

La rhinoscopie antérieure montre : à droite, un cornet rouge et hypertrophié; à gauche, un éperon de la cloison.

Le toucher montre la présence de végétations adénoïdes.

À l'intervention, très peu de végétations adénoïdes. Le toucher, pratiqué à ce moment, montre surtout une hypertrophie considérable des queues des cornets inférieurs.

Le 8 janvier 1935, entre à l'Hôpital du Tondu. Depuis l'intervention, la gêne respiratoire nasale n'a fait que s'accroître avec même des troubles phonatoires et tendance à la rhinolalie fermée.

Le facies est de plus en plus adénoïdien : face étroite, nez aminci, bouche entrouverte, respiration bruyante pendant la nuit.

À la rhinoscopie antérieure, les cornets apparaissent tuméfiés avec une abondante sécrétion purulente dans chaque fosse nasale. À travers la fosse nasale droite, on aperçoit au fond une masse rosée obstruant l'orifice choanal. Au toucher, on sent une masse périchoanale droite de consistance dure, du volume d'une noix, absolument fixée au squelette en avant, libre au contraire en arrière.

Radio. — Obscurité du sinus maxillaire droit et une ombre dans le rhinopharynx.

Temps de saignement et de coagulation normaux. Légère anémie.

19 janvier 1935 : Les troubles se sont accentués depuis le séjour de l'enfant, dont l'opération fut retardée par une angine. Au toucher, la tuméfaction est beaucoup plus volumineuse, descendant au-dessous du cadre choanal. L'intervention est décidée.

Transmaxillo-nasale droite (le 21 janvier 1935 : Prof. DESPONS). — Trachéotomie préalable. L'exploration de la fosse nasale et du sinus montre une masse rosée très vascularisée, de consistance dure, cependant saignant peu au contact. La masse nasale est adhérente à la cloison. L'extirpation de l'hypopharynx et du rhinopharynx montre une tumeur insérée au pourtour du cadre choanal, libre sur sa face antérieure (le doigt passe entre le voile et la tumeur), mais complètement adhérente à la paroi postérieure. On procède à l'incision médiane du voile du palais. La tumeur apparaît alors de la grosseur d'un œuf de poule, adhérente aux corps vertébraux, dont on essaie de la décoller. Mais elle y est complètement soudée. On tente d'inciser la muqueuse pour trouver un plan de clivage, mais la tumeur, qui n'avait pas saigné jusqu'alors, saigne abondamment et il n'existe pas de zone de décollement. On fait un prélèvement de la tumeur pour l'examen. Tamponnement. L'enfant, shocké, fait une syncope. Suture hâtive des plans cutanés. Respiration artificielle : vingt minutes. Canule laissée en place.

Suites opératoires. — Le malade se remet lentement.

Examen anatomo-pathologique. — Tumeur conjonctive constituée par du tissu fibreux élastique très dense. Eléments cellulaires rares et d'aspect normal. La vascularisation, abondante, se fait par de gros capillaires lacunaires. L'ensemble du tissu se présente avec l'aspect de fibrome saignant de la puberté masculine. Il y a lieu toutefois d'émettre un doute sur la malignité de la tumeur, étant donné les signes cliniques. » (Dr NADAL.)

Le 12 février 1935, l'état général est très amélioré.

Transmaxillo-nasale droite (le 21 février 1935 : Prof. PORTMANN). — Anesthésie trachéale par la canule. On complète l'incision du voile, dont la première cicatrice avait éclaté sous la pression de la tumeur. Libération de la paroi antérieure du sinus, dont la cavité est occupée par la tumeur, laquelle a tendance à pénétrer dans la joue et à détruire la paroi orbitaire. On cherche à faire une prise rhino-pharyngée, mais la zone d'insertion, très large, empêche de faire une bonne préhension de la tumeur, qu'on est obligé de morceler et d'arracher. Il en est de même pour la portion nasale de la tumeur, où la zone d'insertion oblige à des tractions très fortes et à des morcellements répétés. Il semble, du reste, que la tumeur ait détruit la base du crâne et que l'on soit au contact des méninges. La plus grande partie de la tumeur est enlevée. On complète le nettoyage des cavités et on termine par un tamponnement nasal à la mèche iodoformée. Transfusion de sang conservé (200 cm³), dont le malade avait aussi reçu 200 cm³ la veille de l'opération.

Suites opératoires. — L'état se maintient assez bon, déméchage progressif, accompagné d'hémorragies.

Le 22 mars, suppression de la canule.

Le 11 avril, a repris 2 kilos.

Examen anatomo-pathologique. — « Il s'agit d'un fibrome ébauchant des nodules. On trouve en un point un segment de muqueuse du pharynx, dans lequel on ne voit pas d'évolution maligne. Les vaisseaux ont une allure de fente. Le revêtement endothélial ne semble pas avoir suivi complètement la formation des vaisseaux. » (Prof. SABRAZÈS.)

27 juillet 1935 : Suppuration nasale très abondante, surtout à droite. Dans le rhino-pharynx, à travers le voile, on aperçoit une masse rosée du volume d'une petite noix.

Le 1^{er} octobre, gêne respiratoire nasale.

Rentre au Tondu le 13 octobre.

Examen. — Aspect adénoïdien persistant. Cicatrice opératoire un peu rétractile. Au niveau de la paupière inférieure, hypervascularisation.

La région jugale droite est assez dure, douloureuse. Pas de déformation appréciable. Exophtalmie de l'œil droit.

Pharynx : La voûte palatine est repoussée vers la cavité buccale à sa partie postérieure. A travers la brèche de division postopératoire persistante du voile, on aperçoit une tumeur arrondie, régulière, grisâtre, bien limitée, remplissant tout le pharynx. Tumeur assez dure, non douloureuse, suppuration abondante péri-tumorale.

Fosses nasales : A gauche, aspect sensiblement normal. A droite, pus très abondant. Après nettoyage, on voit le plancher de la fosse nasale occupé par une tuméfaction d'aspect tout à fait identique à celle du naso-pharynx. Au-dessous, la fosse nasale paraît libre.

Radio. — Base du crâne : masse obscure et ronde comblant la choane droite et une partie de la gauche et la partie droite de la projection du pharynx sur la base du crâne. Le carrefour rétro-sphénoïdal droit est un peu plus flou, les trous ovale et petit rond effacés. Cloison nasale repoussée à gauche, fosse nasale gauche atrésiée. Incidence sinus : sinus maxillaire droit obscurci. Profil : base du crâne indemne.

Retouche de transmaxillo-nasale (le 18 novembre 1935 : Prof. PORTMANN). — Trachéotomie préalable. Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, allongée dans le sens vertical, blanchâtre, dure au toucher. L'accouchement de cette tumeur à l'aide du forceps de MOURE n'est pas possible, à cause de sa densité et de son implantation trop large à la paroi postérieure du pharynx. Les prises que l'on effectue permettent de réduire en partie la tumeur comme s'il existait un effondrement de la base du crâne lui livrant passage. Après un morcellement partiel à la grosse pince, on se décide à abandonner cette technique pour ne pas léser l'encéphale. Thermo-cautérisation sur le reliquat de la tumeur. Tamponnement à la mèche vioformée, suture du voile, transfusion sanguine le soir.

Bonnes suites opératoires, suppression de la canule quelques jours après.

Radios postopératoires. — Profil : la base du crâne montre une perte de substance en sablier allant du corps du sphénoïde à l'apophyse basilaire avec destruction des sinus sphénoïdaux. Ombre tumorale se projetant au niveau de la pointe du rocher du côté droit, s'étendant en avant jusqu'au palais osseux. Face : ombre tumorale comblant presque entièrement la fosse nasale droite et refoulant la cloison du côté gauche. Selle turcique intacte.

La cavité opératoire se présente avec, à la partie supérieure et plutôt à droite, une masse fibreuse de tissu plutôt cicatriciel que néoplasique.

3 avril 1936 : Bon état général. Mouche énormément du côté droit. Fosse

nasale comblée de pus. Pas de douleur ni d'hémorragie, mais gêne respiratoire droite, qui n'existait pas après l'opération.

A la rhinoscopie, on voit une masse d'aspect polypeux ne se rétractant pas à la cocaïne. On pense à une récurrence. Biopsie : fragments recouverts d'un épithélium type malpighien ou cylindrique; tissu fibreux lâche, cellules rondes par plages; pas de signes de fibrome saignant.

Le 25 avril, le malade est hospitalisé au Tondu pour diathermo-coagulation.

Le 18 septembre 1936, récurrence naso-buccale.

Le 5 janvier 1937, hémorragie; perte d'appétit. Exophtalmie progressive. élargissement de la base du nez, la tuméfaction du pharynx a considérablement augmenté. L'état général décline et le malade meurt d'hémorragie quelques jours après.

OBSERVATION XII.

(G. CANUYT.)

M... (Charles), 12 ans. — 12 octobre 1936.

Gêne respiratoire progressive depuis six mois. Epistaxis légères d'abord. En août 1936, épistaxis très abondante, obstruction nasale complète à droite, intermittente à gauche. Le 20 septembre, épistaxis sérieuse, qui amène le malade à la consultation d'un spécialiste. Celui-ci découvre une tumeur de la fosse nasale droite et fait une biopsie.

Examen biopsique (Prof. GÉRY). — « Hémo-angio-fibrome avec inflammation abondante surajoutée. Pas de signes de malignité. » On adresse l'enfant au Professeur CANUYT pour intervention.

A l'examen : Fosse nasale droite obstruée par une masse gris blanchâtre et dure, saignant au moindre contact. Fosse nasale gauche perméable. Rhinoscopie postérieure : tumeur rouge, congestionnée, saignante, très irrégulière, et qui paraît diffuse.

Toucher : Tumeur molle, diffuse, saignante. C'est seulement au niveau de la choane droite que l'on sent une tumeur dure, qui pénètre dans la fosse nasale; le cavum paraît peu envahi. En somme, fibrome saignant de la puberté masculine ayant envahi la fosse nasale droite. Formule sanguine normale. La radio confirme les données cliniques. Après préparation par deux transfusions de 100 cm³, intervention par voie transmaxillo-nasale. La tumeur occupe toute la fosse nasale droite et toute la région ethmoïdale. Elle est enlevée en bloc par arrachement à la pince. L'insertion était sphéno-ethmoïdale droite. Suites opératoires normales.

OBSERVATION XIII.

(M. BUNEAU, *Annales d'O.-R.-L.*, 1935, 681.)

Garçon de 15 ans. Gêne respiratoire ayant commencé dans le courant de novembre 1934. Epistaxis par la fosse nasale droite à partir du 15 décembre. Le 2 janvier, épistaxis rebelle ayant nécessité un tamponnement.

4 mars : A l'examen, la fosse nasale gauche est complètement obstruée. Mucus filant recouvrant le plancher de cette fosse. Après cocaïnisation, on aperçoit une masse à aspect lisse de consistance ferme, peu mobile, la perméabilité de la fosse nasale droite est au moins diminuée de moitié.

A la rhinoscopie postérieure, le cavum apparaît comblé par une masse ovoïde légèrement mamelonnée, recouverte d'une muqueuse lisse. Le toucher montre une tumeur lisse très dure et très peu mobilisable. Le diagnostic posé est celui de fibrome naso-pharyngien cantonné dans le cavum sans prolongement dans les fosses nasales et cavités annexes.

Extraction par staphylotomie. La pièce opératoire, du volume d'un œuf, est constituée par deux masses principales séparées par un léger sillon.

Examen histologique. — Revêtement superficiel de petites cellules tassées en plusieurs plans les unes contre les autres. Forte prédominance des cellules conjonctives, entourées de substance fondamentale collagène plus ou moins abondante suivant la zone examinée. Par endroits, aspect myxœdémateux caractérisé. Vascularisation très importante. Caractère assez particulier, certaines zones offrent la structure caractéristique du tissu cartilagineux.

En résumé, cette tumeur peut être considérée comme un myxo-chondro-fibrome.

OBSERVATION XIV (Résumée).

(WORMS, Soc. de laryngol. des hôp. de Paris, 29 avril 1935;
Annales d'O.-R.-L., 1935, p. 1113.)

Un cas de fibrome naso-pharyngien.

Jeune homme de 20 ans, qui fut opéré à l'âge de 8 ans par voie palatine pour fibrome. Récidive actuelle sous forme d'une tumeur envahissant tout le cavum et entraînant une obstruction nasale complète et des céphalalgies.

La radiologie montre l'envahissement total de l'ethmoïde correspondant et deux cavités sphénoïdales avec amincissement de la paroi postérieure et supérieure du sphénoïde.

Intervention par la voie para-latéro-nasale. On tombe sur une région ethmoïdale considérablement élargie, la travée osseuse a disparu. La tumeur est presque ballante, facilement explorable avec le doigt. On trouve ses contours à la partie postérieure. Cloison refoulée du côté opposé, car la tumeur occupe toute la fosse nasale et les cavités adjacentes. Exérèse relativement facile. Pédicule au niveau du sphénoïde.

Examen anatomo-pathologique. — Angio-fibrome classique.

OBSERVATION XV.

(P. SÉBILEAU, in *Considérations sur les fibromes naso-pharyngiens*,
Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1923.)

Fibrome traité par curiethérapie (communiqué par ABOULKER).

Jeune homme de 18 ans, opéré en 1912 par les voies naturelles pour polype naso-pharyngien remplissant la fosse nasale gauche et le cavum. En 1917, récidive d'égale volume opérée de la même manière. En 1918, récidive : hernie de la tumeur à travers la narine gauche et propagation à la fosse nasale droite et au sinus maxillaire gauche. Extrac-

nion par voie para-latéro-nasale. En 1921, quatrième récidence; hémorragie torrentielle, état général grave. Tentative d'extraction, qui doit être immédiatement interrompue, tamponnement serré avec gaze à l'ektogan, laissé en place six jours. Dès qu'on supprime la compression, hémorragie violente. Il est désormais impossible de toucher à la tumeur, qui est du volume d'une mandarine. Ligature de la carotide externe. Malgré cela, l'hémorragie continue à chaque pansement et se montre très inquiétante pendant plusieurs semaines.

Implantation dans le fibrome de dix aiguilles de 2 mg. 5 de radium, qu'on laisse en place huit jours. Au bout de quinze jours, diminution de la tumeur. Après trois mois, disparition complète de celle-ci.

A l'examen anatomo-pathologique la tumeur était un fibrome pur.

SÉBILEAU émet l'hypothèse, que lui suggère la fonte rapide de la tumeur au radium, que celle-ci, au cours des nombreuses années d'évolution, pouvait avoir subi la dégénérescence sarcomateuse.

OBSERVATION XVI.

(M.-H. ALOIN, *C. R. de l'Ass. d'O.-R.-L. de Lyon*, 11 févr. 1935;
Lyon médical, n° 155, p. 723, 13 janv. 1936.)

L'auteur rapporte le cas d'un enfant de 10 ans opéré en septembre 1934 pour fibrome naso-pharyngien confirmé histologiquement par un examen du Professeur agrégé NOËL.

Il s'agissait d'un fibrome de la grosseur d'une petite noix à insertion large très antérieure. L'intervention par les voies naturelles donna les plus grandes difficultés pour la rugination du pédicule et une hémorragie très abondante ayant nécessité la ligature des quatre membres. La tumeur enlevée et son ablation totale vérifiée au doigt, l'hémorragie s'arrête, mais l'état syncopal se prolonge plusieurs heures. Au bout du deuxième jour, recoloration. Sortie de l'hôpital peu après.

Six mois après récidence traitée par diathermie transnarinaire. Séances espacées de quinze jours, sous anesthésie locale. Diminution de la tumeur sans hémorragie.

Après une amélioration passagère de la tumeur, qui diminuait de volume, on assiste à une reprise du développement plus rapide encore qu'avant, la tumeur remplissant le nez et débordant sur le naso-pharynx, du volume d'un œuf de poule. Hémorragies, état général déficient, anémie.

Nouvelle intervention : transmaxillo-nasale, anesthésie trachéale à la canule de BUTLIN-POIRIER au mélange de SCHLEICH.

La voie d'abord ouverte, on s'aperçoit, avec un doigt passé dans le cavum, que l'implantation est dans la partie haute de la choane gauche. La tumeur adhère à la paroi externe et réculée de l'ethmoïde et du côté du naso-pharynx, où elle débordait. La tumeur ne peut être enlevée au serre-nœud. Elle est arrachée par un morcellement laborieux. Shock grave pendant plusieurs heures. Température le lendemain, ayant persisté pendant deux mois. Complications : mastoïdite, hémorragies spontanées du cavum, hémorragies du sinus latéral dénudé au cours de la mastoïdectomie, complications pulmonaires. Guérison lente.

Examen histologique. — Devant l'aspect sphacélique et mollassé de certains fragments, on pense à une dégénérescence possible, et plusieurs fragments furent examinés par le Professeur NOËL. A l'examen, aucun de ces fragments ne présentait de caractères douteux. Il s'agissait bien d'un angiofibrome sans aucun caractère de malignité.

OBSERVATION XVII (Résumée).

(TERRACOL, ENJALBERT et BALMES, *Arch. Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, juin 1934, p. 258.)

Le 21 mars 1934 est adressé, de Rodez, à la Clinique O.-R.-L. de Montpellier, un jeune campagnard de 14 ans. C... (Raymond). Il se plaint d'obstruction nasale très accentuée et progressive remontant à six mois. Respiration la bouche ouverte, sécheresse et picotement de la gorge le matin. Ces divers troubles n'ont pas autrement attiré l'attention jusqu'à l'apparition, il y a une semaine, d'une épistaxis extrêmement importante nécessitant une intervention difficile, destinée à l'arrêter.

A l'examen, pâleur des téguments et des muqueuses, pas de déformation du visage, aspect hébété.

Examen oto-rhino-laryngologique. — Pas de déformation de la pyramide nasale, écoulement muco-purulent dans la fosse nasale droite, dont le nettoyage permet d'apercevoir une masse rougeâtre comblant le méat moyen. Au contact du stylet cette masse rénitente n'est pas mobilisable. La fosse nasale gauche présente sensiblement le même aspect, mais la cloison semble nettement déviée du côté droit.

Rhinoscopie postérieure. — Cavum comblé par une masse tumorale de couleur rose pâle, de consistance dure, qui refoule légèrement le voile du palais. Elle est enclavée dans le cavum à droite, mais il est impossible de déterminer son point d'implantation. Il s'agit cliniquement d'un fibrome saignant. Temps de saignement et de coagulation, numération globulaire et formule sanguine : normaux.

Transmaxillo-nasale. — Le doigt repère l'insertion large et trapue du fibrome sur la paroi postéro-latérale droite du pharynx, c'est-à-dire de la région des ailes du vomer au pourtour du pied de l'aile ptérygoïdienne. Elle est extirpée au moyen d'une pince préhensive puissante. Avulsion complète de la tumeur, les prolongements nasaux ont suivi le corps de la tumeur, dont la masse totale représente environ celle d'une grosse orange.

Suites opératoires. — Normales. Guérison.

Examen anatomo-pathologique. — « Fibrome saignant de la puberté masculine » (D^r GUIBERT.)

OBSERVATION XVIII.

(TERRACOL et J. CADERAS, *Arch. Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, 1930, p. 418.)

Un cas de fibrome saignant de la puberté masculine.

Au mois de novembre 1929, le jeune M... (René), 10 ans, se présente à la consultation de la Clinique d'O.-R.-L. de l'Hôpital général pour épis

taxis abondantes et récidivantes. Première hémorragie il y a quelques jours, sous forme d'un petit saignement en jet assez abondant durant une demi-heure environ, ayant cédé à des moyens médicaux. Le surlendemain, nouvelle épistaxis presque aussi abondante que la première, pour laquelle il vient consulter.

Il présente des troubles de la respiration nasale, surtout à droite; inspiration difficile et ronflements nocturnes. Il a subi une adénoïdectomie pour végétations. Anémie marquée.

Examen : rhinoscopie antérieure. — Petite tuméfaction grisâtre au niveau de l'arrière-fond de la fosse nasale droite. Au toucher, le doigt est arrêté par une masse plus importante, de consistance dure, semblant s'insérer sur la paroi latérale droite du pharynx.

Biopsie. — « Il s'agit d'une néoformation riche en collagène, mais aussi en éléments cellulaires, en division directe active. Les vaisseaux, dépourvus de parois propres, ont un endothélium qui bourgeonne. Tout en portant le diagnostic bénin d'angio-fibrome, il convient de faire des réserves au point de vue pronostic. » (D^r GUIBERT.)

Traitement reconstituant. Le 20 décembre 1929, intervention, voie trans-maxillo-nasale sous anesthésie générale au chloroforme à la pipe de DELBET. On constate que la tumeur s'insère au niveau du récessus sphéno-ethmoïdal à droite. Après ablation, le point d'insertion osseuse est nettement perceptible au toucher. Suites opératoires excellentes.

L'anatomo-pathologie confirme qu'il s'agit bien d'un fibrome tégumentaire, au niveau duquel on ne trouve aucune trace de transformation maligne (D^r GUIBERT).

OBSERVATION XIX.

(TERRACOL et Mlle BOULE, *Arch. Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, février 1932.)

B... (Clément), 15 ans, se présente à la Clinique O.-R.-L. le 5 juin 1931 pour gêne respiratoire nasale et sensation d'obstruction pharyngée. Il s'essouffle facilement. Ces troubles sont survenus progressivement depuis un an. A cette époque, un rhinologiste avait porté un diagnostic d'hypertrophie bilatérale des cornets et conseillé l'intervention. Depuis le début de mai 1931, gêne respiratoire nasale, qui s'est accrue, prédominant à gauche. Apparition de douleurs pharyngées avec sensation de striction. Quatre ou cinq épistaxis durant ce dernier mois, spontanées mais peu abondantes. Coryzas fréquents avec jetage et enflure.

Amygdalectomie il y a deux mois.

Examen : rhinoscopie antérieure. — Obstruction complète de la fosse nasale gauche par une tuméfaction de couleur gris rosé de consistance dure au contact du stylet et saignant facilement. Elle siège sur le plancher de la fosse nasale et semble s'insérer au niveau de l'orifice choanal.

Le voile du palais bombe à gauche et est repoussé en avant de la tumeur.

Rhinoscopie postérieure. — Cavum complètement comblé par la masse. Toucher non pratiqué en raison des risques d'hémorragies. Bon état général. Pas de signes d'anémie.

Diagnostic : fibrome saignant de la puberté masculine.

Examen histologique. — « Angio-fibrome sans aucune trace de transformation cellulaire maligne. » (D^r GUIBERT.)

Temps de saignement et de coagulation normaux.

Formule sanguine normale.

Intervention. — Anesthésie générale chloroformique par voie intercrico-thyroïdienne. Tamponnement du laryngo-pharynx. Intervention par voie buccale élargie. Le pédicule, dont l'implantation est périchoanale, est repéré au doigt et saisi à l'aide du serre-nœud de SÉBILEAU, étranglé au niveau du pédicule et extirpé dans sa totalité par torsion et traction. Suture du voile en deux plans. Tamponnement du cavum.

La tumeur présente l'aspect d'un gros œuf de poule avec large base d'implantation. Consistance dure et élastique. Suites opératoires excellentes. Le 5 décembre 1931, la guérison persiste sans récurrence.

OBSERVATION XX.

(Georges GOUFAS, Athènes, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1930, p. 1077.)

R... (D.), 17 ans, ouvrier. Premier examen en avril 1929, gêne respiratoire progressive, respiration nasale supprimée, épistaxis abondantes et répétées spontanées et à l'occasion du mouchage. Sensation de sécheresse et de chaleur au niveau de la gorge. Anosmie totale gauche, altération de la résonance de la voix (rhinolalie fermée). Asthénie. On pense à une tumeur des voix respiratoires supérieures.

Examen. — Toute la fosse nasale gauche, y compris son vestibule, est occupée par une tumeur baignant dans des sécrétions muco-purulentes. Après nettoyage, elle est gris rosé, immobile aux efforts respiratoires, sans adhérences avec la pituitaire. Point d'insertion non visible à cause du volume. La fosse nasale droite est libre, sauf au niveau de la choane, obstruée par une tumeur de même caractère que la précédente. Dans l'oro-pharynx, pas de saillie sous le voile, qui reste mobile. Le pharynx est comblé par une tumeur bilobée, arrondie, lisse, régulière. Temps de coagulation, 8 minutes. Globules rouges, 4.120.000.

Radio. — A gauche, opacité franche et diffuse au niveau des sinus postérieurs. Diagnostic : fibrome saignant.

Opération transmaxillo-nasale de MOURE. Voie d'abord classique, résection du cornet moyen inférieur, ouverture du sinus maxillaire, découverte de la tumeur, dont le point d'implantation siège à la partie supérieure de la choane. Manœuvres digitales combinées, nasales et rétropalatines. Hémorragie en nappe, décollement de la tumeur, tamponnement, le poulx est filiforme à 160. Pâleur extrême, regard fixe.

Suites opératoires normales.

Examen histologique :

a) Faisceaux collagènes abondants, décomposables en fines fibrilles et souvent dissociés par une infiltration oedémateuse.

b) Les fibroblastes, normaux, bien entourés d'un étui collagène, restent partout typiques. Leurs noyaux ont des dimensions et une structure normales. Aucune division indirecte. Et, à côté des cellules fixes, on note la présence de quelques lymphocytes, cellules plasmatiformes, matzellen

disséminés dans le tissu conjonctif et peu nombreux. Les vaisseaux sont très abondants, capillaires sanguins dilatés à parois propres pourvus d'un endothélium net. Ils sont faciles à délimiter d'avec le tissu environnant.

En résumé, fibrome adulte œdémateux très vasculaire, de structure comparable à celle des fibromes naso-pharyngiens. Tumeur histologiquement bénigne.

OBSERVATION XXI (Résumée).

(REBATTU, MOUNIER-KUHN et PERRON, *Lyon médical*, 35, p. 117.)

Le 5 novembre 1933, l'enfant K... (Ladislas), 8 ans, entre dans le service avec le diagnostic de végétations adénoïdes. La fosse nasale droite est remplie en fait de polypes muqueux d'aspect congestif et saignant au moindre contact. Fosse nasale gauche libre, cavum partiellement obturé par des masses d'allure adénoïdienne.

8 novembre, ablation des masses polypiformes et d'un fragment du cornet moyen. Hémorragie extrêmement abondante. Tamponnement. Trois jours plus tard, otite moyenne droite suppurée, qui guérit. L'enfant quitte le service, amélioré au point de vue respiratoire.

Histologie. — Angiome diffus étalé de la muqueuse ne présentant aucun caractère néoplasique.

Revient le 18 janvier 1934 amaigri, sublébrile, avec un mauvais état général, mais ce qui frappe surtout c'est la déformation du visage : la joue droite est tuméfiée, la paupière droite œdématisée, l'œil en exophtalmie légère. L'aile droite du nez est refoulée par des masses rougeâtres qui viennent presque affleurer l'orifice narinaire. L'ouverture de la bouche montre le voile refoulé en avant par la tumeur du cavum.

L'aspect du malade donne tout à fait l'impression d'un fibrome naso-pharyngien à la période d'extériorisation. Cependant une biopsie faite le 20 janvier ne confirme pas ce diagnostic et se trouve en faveur d'un hémolymphangiome, déjà proposé lors de la première intervention. Il n'y a pas de caractères de malignité.

On décide de faire subir à l'enfant un traitement radiothérapique avant de l'opérer.

Le 10 février 1934, intervention transmaxillo-nasale, hémorragie abondante dès le début. Autant qu'on peut se rendre compte, l'insertion de la tumeur se fait sur le rebord choanal supérieur à droite, mais il existe de volumineux prolongements dans la fosse nasale et même dans l'ethmoïde et le sinus maxillaire. L'hémorragie est abondante. L'enfant meurt le soir même.

L'examen anatomo-pathologique, utilisant de nombreux fragments prélevés en cours d'intervention, précise le diagnostic de fibrome naso-pharyngien posé cliniquement : « Il s'agit bien, en effet, d'une tumeur bénigne du tissu fibreux, et l'examen histologique permet de comprendre pourquoi la tumeur était différente suivant les points examinés. En effet, le tissu fondamental est partout semblable à lui-même. En certains territoires, l'irrigation est assurée seulement par de minces fentes vasculaires, alors qu'en d'autres les vaisseaux sont beaucoup plus considérables et qu'il existe même de nombreux raptus sanguins. De plus, à côté des territoires très cellulaires riches en fibroblastes, il en est d'autres dans lesquels la substance

interstitielle collagène a été disposée en grande abondance, les cellules fibroblastiques étant alors à ce niveau beaucoup plus espacées et beaucoup plus rares. »

OBSERVATION XXII (Résumée).

(M. JABOULAY, *Gazette des hopitaux*, 4 oct. 1906, p. 1347.)

Sur un cas de dégénérescence tardive d'un fibrome naso-pharyngien avec métastase thyroïdienne.

Il s'agit d'un cultivateur de 52 ans, ayant présenté entre 15 et 20 ans des épistaxis abondantes et répétées qui nécessitèrent plusieurs fois le tamponnement des fosses nasales. Trente ans plus tard, épistaxis spontanées durant cinq à six heures, obstruction nasale progressive devenant totale au bout de trois mois. Tuméfaction extérieure ayant débuté sur la joue gauche contre la racine du nez, cécité brusque de l'œil gauche et progressive de l'œil droit. Apparition d'une tumeur du cou avec dyspnée.

La tumeur du cou est manifestement thyroïdienne avec ganglions latéro-cervicaux.

Au niveau de la face, tuméfaction considérable déformant la pyramide nasale, qui est soulevée et déjetée latéralement. Bourgeons rougeâtres au niveau des narines éversées. Exophtalmie considérable en avant et en dehors traduisant l'envahissement des orbites.

Tuméfaction énorme de la joue gauche avec bosselures, voile du palais refoulé.

Toucher naso-pharyngien : masse élastique saignant facilement.

En résumé, il s'agit d'une tumeur occupant le naso-pharynx, les fosses nasales, le sinus maxillaire gauche, les deux orbites, dont l'origine semble être au niveau du naso-pharynx. Il s'agit manifestement d'un fibro-sarcome naso-pharyngien à la période terminale avec métastase thyroïdienne. A l'autopsie, la base du crâne était défoncée au niveau de la selle turcque.

Il s'agissait anatomiquement d'un sarcome télangiectasique.

OBSERVATION XXIII (Inédite et personnelle).

M... (René), 35 ans. — 17 juillet 1925.

Début il y a quatre ou cinq mois. A ce moment, quand le malade s'en est aperçu, la tumeur avait le volume d'un pois et était appendue à la cloison. Plusieurs fois elle a saigné quand le malade se mouchait.

Le 17 juillet 1925, petite tumeur arrondie du volume d'une noisette obstruant la narine droite épidermée, mais un peu ulcérée à la base, qui débordait de quelques millimètres l'aile du nez. Consistance régulière, mais assez dure. On porte le diagnostic d'angio-sarcome de la cloison.

Enlevée à la diathermie.

Le 3 avril 1928, le malade revient pour une tuméfaction du volume d'une noix qui obstrue la narine droite et déborde celle-ci, donnant l'impression d'un mèche nasale. Cette tuméfaction est exulcérée à la partie antérieure, alors que la partie postérieure, protégée par le contact de la lèvre supérieure, présente une muqueuse rosée et lisse. L'auvent nasal est déformé par la distension de l'orifice narinaire. Le lobule du nez est élargi et violacé. Le sillon naso-génien droit est soulevé et reporté beaucoup plus en dehors.

La palpation du lobule du nez n'est pas douloureuse, la peau est très chaude. La tumeur intranasale est libre dans l'orifice narinaire, on en fait le tour avec un stylet. Elle présente une consistance assez dure à cause des croûtes qui la recouvrent. La cloison est légèrement repoussée dans la fosse nasale gauche.

Rhinoscopie postérieure. — Aucune tumeur dans la fosse nasale droite.

19 avril 1928 : Diathermo-coagulation, très douloureuse.

2 mai : Entre au Tondu.

Biopsie. — Sous un épithélium pavimenteux stratifié, le tissu conjonctif forme une coque épaisse, d'une remarquable densité, véritable capsule. Plus profondément à l'intérieur, des logettes irrégulières émanées de cette capsule, les fibres conjonctives, forment d'élégantes volutes, vaisseaux assez nombreux, tous pourvus d'une paroi propre.

Fibrome pur. Après de nombreuses colorations et l'examen d'un nombre considérable de coupes, on ne peut trouver un seul point de dégénérescence sarcomateuse (Dr Nadal).

Bon état général.

Le 8 mai 1928, sous anesthésie générale, incision de transmaxillo-nasale droite. Extériorisation de la tumeur, dont le pédicule, très mince, est fixé au niveau de la partie antérieure de l'aile du nez; curetage soigneux et cautérisation au thermo du pédicule d'inflammation. Fermeture cutanée aux crins.

18 mai : Le malade sort guéri.

Suites opératoires. — Cicatrisation par première intention; déméchage; guérison.

OBSERVATION XXIV (Résumée).

(Prof. PORTMANN.)

Tumeur ostéofibreuse centrale hyperplasique des espaces médullaires du maxillaire supérieur gauche ayant débordé la ligne médiane avec déformation palatine et extension au plancher de la fosse nasale.

R... (Charles), 25 ans, a vu apparaître une petite tumeur sur le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche, de la grosseur d'un pois. Augmentation rapide de volume, ébranlement dentaire. Biopsie : Epithélium épaissi avec polynucléaire et tissu conjonctif sous-jacent présentant des fibroblastes nombreux mais normaux. Pas d'atypie cellulaire, aspect de tissu inflammatoire chronique banal. Diagnostic clinique : épulis fibreuse.

Ablation de la tumeur et mise en place d'un appareil de prothèse. Au bout de quinze jours, récédive, qui, malgré l'enlèvement de l'appareil, augmente rapidement et atteint la taille d'une noix. Elle est de consistance dure, osseuse, et provoque un soulèvement léger du plancher de la fosse nasale en même temps qu'une légère déformation du visage. Biopsie profonde : Présence de travées ostéoïdes séparées les unes des autres par des cellules fibroblastiques très compactes et disposées dans tous les sens. Pas d'atypie cellulaire. Aspect de néoformation ostéofibreuse.

Malgré l'absence de malignité histologique, devant la marche rapide de la tumeur, le Professeur PORTMANN intervient :

Transmaxillo-nasale de MOURE avec résection partielle du maxillaire supérieur gauche et du plateau palato-dentaire. Hémorragie abondante. Guérison.

Examen anatomo-pathologique (Prof. agrégé LEROUX). — Ostéogénèse de masses compactes ou lamelleuses suivant les points.

Présence de nombreux espaces médullaires comblés par un tissu conjonctif à cellules étoilées ou fusiformes très denses. On saisit par endroits la métaplasie osseuse progressive de ce tissu conjonctif fibreux. Vascularisation restreinte, pas de monstruosités cellulaires ni de mitoses.

Impression générale d'ostéite chronique hypergénétique avec fibrose accentuée.

OBSERVATION XXV.

(Prof. PORTMANN.)

Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur.

Mlle V... (Raymonde), 10 ans, consulte le 19 février 1935, dans le service du Professeur PORTMANN, pour une tuméfaction au niveau du maxillaire supérieur droit qui aurait toujours existé mais aurait augmenté de volume depuis juillet 1934. L'enfant fut opérée de kyste paradentaire en septembre 1934, mais la tumeur réapparut au mois de novembre, accompagnée d'exophtalmie droite peu accusée.

Le diagnostic de tumeur fibreuse fut porté et on pratiqua 10 séances de radiothérapie de vingt-cinq minutes.

A l'examen. — Bon aspect général, asymétrie faciale par déformation de la joue dans la région de la fosse canine droite et de la région molaire. Cette déformation est due à une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, dure, indolente, très visible dans le vestibule, au-dessus de la 1^{re} pré-molaire. Limites imprécises. Déformation de la voûte palatine du côté droit. Consistance dure à ce niveau.

Exophtalmie droite assez marquée, plancher de l'orbite légèrement soulevé. Le 25 février 1935, la malade entre à l'Hôpital du Tondu. La radiographie montre une opacité au niveau du maxillaire supérieur droit.

Le 4 mars 1935, transmaxillo-nasale (Prof. PORTMANN). Incision et voie d'abord classiques. La section transversale du maxillaire se fait en pleine tumeur. Résection cunéiforme de la voûte palatine. La tumeur s'étend très loin en arrière dans la fosse zygomatique. On la décolle, et on l'extirpe. Galvano-cautérisation. Suites opératoires bonnes, malgré une tuméfaction de la joue qui cède aux pansements humides.

Examen anatomo-pathologique des fragments prélevés lors de l'opération : « Tissu conjonctif assez riche en cellules et en collagènes; îlots osseux avec ostéoclastes plaqués contre eux ou libres. Amas de cellules géantes du type myéloplaxe. Foyers où l'activité des cellules est plus grande sans qu'on voie de mitoses. La collagénèse est considérable en divers points. Processus qui s'apparentent à l'ostéite fibreuse et aux tumeurs à cellules géantes avec, par places, une activité plus grande que celle des tumeurs à cellules géantes communes. Il y a des points où la fibrocytose est considérable. On a examiné quatre fragments. Dans l'un d'eux les cellules prennent l'allure de fibrocytes, mais sans anomalies. Les cellules géantes du type myéloplaxe ont une tendance à se grouper. L'impression est celle d'une tumeur à cellules géantes avec ostéoblastose assez marquée et évolution vers la fibrocytose en beaucoup de points. Formation et destruction osseuses. » (Prof. SABRAZÈS.)

OBSERVATION XXVI (Inédite et personnelle).

(Prof. agrégé DESPONS.)

Mme A..., 24 ans.

Gêne respiratoire nasale depuis plusieurs mois, présence dans la fosse nasale gauche d'une tumeur dure ne saignant pas, de surface lisse et rosée. Prolongement rhino-pharyngé très dur, faisant issue par la choane gauche sans adhérence à la voûte.

Une intervention par voie transmaxillo-nasale est envisagée en raison de l'échec de plusieurs opérations par la fosse nasale. Après consultation, prise auprès de M. le Professeur PORTMANN, celui-ci conseille, dans un premier temps, de pratiquer une résection sous-muqueuse haute et postérieure de la cloison et de tenter ensuite une exérèse par voie nasale.

La résection sous-muqueuse est pratiquée le 12 juin 1937 sous anesthésie locale (Docteur DESPONS.)

Le 1^{er} juillet 1937, extirpation par voie nasale. Anesthésie à la canule de DELBET-LEDUC, au chloroforme, avec tamponnement pharyngé. Mise en place, dans la fosse nasale, d'un large spéculum de MOURE, dont on écarte fortement les valves. La tuméfaction endonasale est saisie avec une grosse pince plate de Luc. Elle est luxée et arrachée avec son prolongement rhino-pharyngé. On retire aussi une sorte de gros cornet supplémentaire très dur avec une extrémité postérieure arrondie, muriforme. Hémorragie peu importante, le doigt vérifie la perméabilité de la choane. Tamponnement à la mèche iodoformée. Suites opératoires sans incidents. La fosse nasale a retrouvé sa perméabilité normale avec la disposition habituelle des cornets.

Examen histologique. — « Masse fibroïde peu vasculaire de nature inflammatoire. » (Docteur NADAL.)

Pas de récurrence.

OBSERVATION XXVII (Inédite et personnelle).

(Prof. agrégé DESPONS.)

Mme M..., 26 ans.

Au cours de soins dentaires, la malade a vu apparaître une tuméfaction du rebord alvéolaire supérieur gauche avec névralgies orbitaires gauches. A la palpation, masse de consistance assez dure, faisant corps avec l'os sans crépitation.

Etat général médiocre, amaigrissement.

Intervention (Prof. DESPONS, Clinique Saint-Seurin, le 13 février 1938). — Anesthésie locale. Incision vestibulaire, rugination. L'os est très aminci et déformé par la tumeur. Résection du squelette. Tumeur dure, peu saignante, comblant tout le sinus maxillaire. Désinsertion au doigt et au décolleur. On enlève une tumeur du volume d'une grosse noix, dure, insérée dans la région du méat moyen. Tamponnement. Dans les suites, la malade continue à souffrir de névralgies orbitaires gauches.

Examen histologique. — « Réaction hyperplasique fibreuse. » (Dr BONNARD.)

Le 1^{er} juin 1938, récurrence sous forme d'une masse grosse comme une noix, qui apparaît dans la brèche alvéolaire gauche, ne saignant pas.

Intervention (Prof. DESPONS, Clinique Saint-Seurin; le 16 juin 1938). — Anesthésie générale à la canule de DELBET avec tamponnement pharyngé.

Par voie vestibulaire, difficilement, on libère la tumeur des adhérences alvéolaires, mais on ne trouve pas de plan de clivage et on entre dans la cavité du sinus maxillaire à la grosse curette. La partie inférieure est libérée, mais il persiste de la tumeur, d'aspect blanchâtre et assez dure, contre la paroi orbitaire et vers l'ethmoïde. On trouve un plan de clivage contre le plancher orbitaire, et on peut ainsi décoller une paroi épaissie d'apparence fibreuse. On met à nu la paroi orbitaire déhiscente sur une petite surface. On poursuit à la pince le clivage dans l'ethmoïde et jusqu'au sinus sphénoïdal, qu'a pénétrés la tumeur. Cette cavité ethmoïdo-sphénoïdale paraît très nette.

La paroi postérieure du sinus est effondrée, et, en curetant la fosse zygomatique, la maxillaire interne saigne et doit être tamponnée.

En résumé, tumeur dure, de section blanchâtre, criant au couteau, paraissant fibreuse et contenue dans une poche épaisse qui contractait adhérence avec les tissus voisins.

Examen histologique. — « Masse collagène volumineuse, d'aspect feuilleté, retenant dans son feutrage très lâche une quantité énorme de liquide séro-albumineux. Rares sont les capillaires qui le sillonnent. Ce complexe est recouvert d'un épithélium légèrement hyperplasié. Absence de tous signes de transformation maligne. » (Dr BONNARD.)

OBSERVATION XXVIII.

(Jones Ch. ELLIE, Nothers Hospital, Liverpool, *Union médicale*, 1855.)

Tumeur fibro-osseuse développée dans l'antre d'Highmore. — Extirpation du maxillaire.

D... (Jane), 44 ans. A la suite d'un traumatisme du maxillaire supérieur, la malade vit apparaître une tumeur sur le côté droit de la face, qui déformait la joue en avant, s'accompagnait de douleurs lancinantes et augmentait rapidement de volume. Tumeur dure, élastique, projetant l'aile du nez vers le côté gauche de la face. La voûte palatine fait saillie dans la cavité buccale. Pas d'envahissement de la fosse nasale. Epistaxis.

Cliniquement, il était difficile de dire si la tumeur était bénigne ou maligne. On pratiqua l'ablation du maxillaire supérieur droit.

L'examen histologique a montré exclusivement du tissu fibreux, présentant en plusieurs endroits une transformation osseuse.

OBSERVATION XXIX.

(HEATH, *Maladies des mâchoires*.)

Tumeur composée de fibres fusiformes ayant envahi l'orbite, l'os malaire et la joue, faisant saillie dans l'intérieur du nez et apparaissant en bas, près de la 1^{re} molaire.

En arrière, elle détruit la tubérosité du maxillaire supérieur et pénètre dans la fosse zygomatique.

Mort par méningite.

OBSERVATION XXX.

(Prof. PORTMANN.)

Le colonel M..., 42 ans, rapatrié des Indes, est vu pour la première fois à l'Hôpital militaire, à Londres, par le Docteur DAVIES, le 22 avril 1930.

Il se plaignait d'obstruction nasale et était porteur d'une tumeur rénitente, arrondie, solidement fixée, occupant la fosse nasale gauche avec prolongement dans le naso-pharynx, dont le point de départ paraissait siéger au niveau de la partie supérieure de la choane gauche et du toit du sinus.

La radiographie montrait l'ombre estompée de la tumeur et une opacité du sinus maxillaire gauche et de la région ethmoïdale.

On note dans les antécédents une fracture du crâne survenue cinq ans auparavant, non vérifiée par la radio, mais ayant provoqué des hémorragies nasales et pharyngées.

Le B.-W est négatif.

Les papilles optiques sont normales.

Une première tentative d'ablation de la tumeur au serre-nœud et au décolleur par voie nasale échoue du fait de l'implantation solide de la tumeur et de l'hémorragie considérable.

Par la suite (4 juin 1930), on pratique une rhinotomie latérale de MOURE, donnant accès sur la tumeur dont la plus grande partie est enlevée malgré une grosse hémorragie.

L'examen histologique répond : fibrome avec, peut-être, et de façon très douteuse, plages ayant l'aspect de sarcome fusco-cellulaire.

On place alors des aiguilles de radium (9 mg.).

Le 9 octobre 1930, nouvelle tentative pour enlever la tumeur au couteau diathermique, aboutissant à un échec du fait de l'implantation très solide, au niveau des choanes.

Le malade vient alors consulter le Professeur PORTMANN (10 décembre 1930).

A l'examen, on constate une tumeur volumineuse obstruant les deux fosses nasales et le naso-pharynx et faisant saillie dans l'arrière-bouche au-dessous du bord libre du voile du palais. Cette tumeur, de consistance très dure, donne l'impression d'être très vascularisée, et d'ailleurs des hémorragies graves s'étaient produites lors des récentes interventions.

En dépit de l'extension de la tumeur, le Professeur PORTMANN propose l'intervention, qui est acceptée.

Le colonel M... entre à la Clinique Saint-Augustin, le 8 janvier 1931. Après quelques jours de préparation, afin de prévenir toute hémorragie opératoire grave, l'intervention eut lieu le 12 janvier 1931, sous anesthésie générale au chloroforme, donné à l'aide de la canule trachéale.

Voie d'accès combinée transfaciale et buccale :

a) Voie transfaciale : Incision s'étendant de la racine du nez, le long du sillon naso-génien jusqu'à l'orifice narinaire gauche, complétée par une incision transversale au-dessous de la paupière inférieure gauche.

b) Voie buccale : Section du voile du palais sur la ligne médiane jusqu'à la voûte palatine.

Cette double porte d'entrée donne un jour suffisant sur la tumeur et permet de l'extirper en totalité au prix d'efforts considérables, soutenus pendant une demi-heure. La tumeur, d'énormes dimensions, avait détruit presque tout le massif facial, ayant envahi les deux sinus maxillaires, détruit la cloison nasale, dont il ne restait que la partie antérieure, détruit le corps du sphénoïde, ainsi que la paroi supérieure des deux ethmoïdes, les deux lames criblées et la paroi interne de l'orbite gauche. Elle avait contracté des adhérences intimes avec les parois en contact, surtout au niveau de la paroi gauche du cavum.

Par la brèche supérieure, la tumeur pénétrait dans le crâne, ayant repoussé

devant elle les lobes frontaux et menaçant le chiasma optique. A ce niveau, la tumeur était extrêmement adhérente à la dure-mère et son décollement fut particulièrement difficile et délicat. Ce prolongement crânien était gros comme un œuf.

La tumeur enlevée, on est effrayé de son volume, et encore davantage de l'énorme cavité qu'elle a creusée et des délabrements considérables au niveau du squelette facial et crânien.

Malgré cela, le malade sort guéri de la clinique le 14 février 1931 et retourne aux Indes en mai de la même année.

Examen de la pièce opératoire (le 23 janvier 1931). — « Il s'agit d'un fibrome, dont certaines zones font suspecter, par l'abondance cellulaire et la présence de quelques vaisseaux sans paroi propre, la dégénérescence sarcomateuse. » (Prof. DUBREUIL.)

Dès son retour aux Indes, en juillet 1931, le colonel M..., à la suite d'une grippe, voit reparaître ses troubles d'obstruction nasale avec écoulement muco-purulent et épistaxis répétées. Un médecin de Murree constate une récurrence tumorale sous forme d'une volumineuse masse remplissant les deux fosses nasales. Le naso-pharynx semble libre. La masse est friable et saignante, mais ne semble pas avoir envahi les tissus avoisinants.

L'état général est bon. Pas d'amaigrissement. Le malade est mis à l'hôpital en observation, le 9 juillet 1931. Le 16 juillet, une épistaxis grave nécessite un tamponnement.

L'intervention est décidée, « dans la crainte des éventualités possibles de méningite, d'hémorragie de transformation maligne ou de métastases cancéreuses ».

Le 22 juillet, rhinotomie latérale : Une partie de la tumeur siège dans le sinus et un court pédicule l'unit à la masse siégeant dans les fosses nasales. Elle est adhérente aux parois du sinus, au plancher de l'orbite, et s'étend en arrière dans la fosse sphéno-maxillaire. Le pédicule l'attache à la base du sphénoïde.

La tumeur est libérée au doigt aussi loin que possible et enlevée par morcellement. On s'aperçoit ainsi qu'un large pédicule siège sur la région ethmoïdale gauche, qui est arraché par torsion. On procède à la toilette de la cavité. La tumeur est grosse comme une orange et pèse 80 grammes.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire répond (résumé) :

Cellules relativement nombreuses : fibroblastes à noyaux allongés, quelques figures mitotiques et quelques noyaux volumineux. Les cellules montrent quelques irrégularités dans leur forme, mais il n'y a pas de cellules géantes.

Stroma constitué par des fibrilles collagènes distribuées de façon homogène entre les cellules.

Vaisseaux à parois incomplètes formées souvent par les cellules tumorales.

Pas de transformation maligne.

En somme : histologiquement, la tumeur apparaît comme une de ces tumeurs qui sont à la limite des fibromes et des fibro-sarcomes.

L'aspect macroscopique, lisse, la facilité avec laquelle cette tumeur fut énucléée, l'absence de cellules géantes, d'hémorragies et de transformation dégénérative font porter le diagnostic de tumeur fibreuse bénigne.

La rapidité de croissance, le fait que la tumeur a récidivé après une récente opération (les fibromes, dans cette région, montrent quelquefois une tendance à la récurrence, l'abondance cellulaire, marquée dans certains régions, suggèrent un certain degré de malignité (fibro-sarcome).

Bonnes suites opératoires.

Mais, le 29 août 1931, de nouveau apparaissent des bourgeons qui font penser à une nouvelle récurrence. Ce sont des bourgeons volumineux, qui se sont formés sur la partie externe de la plaie opératoire, sur la peau de la joue. Ils atteignent le volume d'une prune et se développent rapidement. Ils se développent aussi à l'intérieur mais beaucoup moins.

Le malade revient en France consulter le Professeur PORTMANN. Il entre à la clinique le 23 septembre 1931.

Intervention (le 28 septembre). — Anesthésie générale au chloroforme, canule de DELBET-LEDUC. Tamponnement de l'arrière-gorge. On enlève le pansement, et ce simple fait provoque une hémorragie violente.

On enlève au doigt et à la grosse curette coupante toute la partie externe de la tumeur. On s'aperçoit que toute la cavité de la précédente opération est comblée par une tumeur blanche, d'aspect fibreux, dure au doigt, tout à fait différente au point de vue macroscopique de la portion extériorisée et ressemblant à la tumeur enlevée en janvier 1931.

Après décollement au doigt de cette tumeur, que l'on arrive à séparer de la voûte palatine et de la cavité sinusienne droite, on constate :

1° Une adhérence avec le contenu orbitaire (la face inférieure et la paroi intérieure de l'orbite ayant été détruites), l'œil n'est plus soutenu que par la tumeur;

2° Une adhérence en haut, du côté de l'étage antérieur du crâne, où la tumeur a de nouveau pénétré au contact des méninges;

3° Une adhérence intime avec la face inférieure du sphénoïde, qui avait semblé la dernière fois déjà être le point de départ de la tumeur.

C'est cette région qui semble correspondre vraisemblablement à la fracture de la base du crâne qu'avait eue le malade il y a cinq ans.

Le plus gros fragment de la tumeur est enlevé au forceps, pendant qu'on rugine le point d'implantation sur le sphénoïde. Le prolongement inférieur est ensuite enlevé. On constate alors qu'un prolongement de la tumeur a détruit la face postéro-externe du sinus maxillaire gauche et a pénétré dans la fosse zygomatique. Ce prolongement est enlevé. Tamponnement soigneux des cavités.

En résumé, on se trouve en présence d'une récurrence de la tumeur enlevée en janvier dernier. La partie extériorisée offre un aspect mollasse, saignant, faisant penser à un sarcome à cellules rondes. La partie profonde a tous les caractères d'un fibrome, et il est hors de doute qu'on se trouve cliniquement en face d'une tumeur maligne malgré les examens histologiques faits aux Indes. La rapidité d'évolution des hémorragies, extrêmement graves, sont en faveur d'un fibro-sarcome.

Le point d'implantation de la tumeur semble être resté le même et siéger dans la base du crâne dans la région du sphénoïde et dans la partie antérieure, emplacement vraisemblable de la fracture dont était porteur le malade.

Les conclusions sont les suivantes :

Il se pourrait que l'on se trouve en présence d'un cas de tumeur développée sur du tissu cicatriciel, étant constituée au début par une simple hyperplasie, puis ensuite par une tumeur néoformée du type fibreux, et enfin par une tumeur maligne : fibro-sarcome.

Tout se passe comme si l'évolution maligne de cette tumeur était de plus en plus marquée.

Le pronostic est évidemment plus sombre, la brèche opératoire devant rester ouverte pour surveiller les récidives possibles.

Elles ne se produisent pas, car les suites opératoires sont mauvaises. L'état général décline et il apparaît des phénomènes généraux graves de type méningé ou septicémique qui enlèvent le malade le 6 novembre.

OBSERVATION XXXI.

(Prof. PORTMANN.)

Tumeur fibreuse du sinus maxillaire opérée et récidivée du côté de l'orbite, ayant donné généralisation ganglionnaire et cachexie.

P... (François), 54 ans, qui avait été soigné au mois de mars 1932 par le Professeur DESPONS pour sinusite fronto-maxillaire aiguë grippale du côté droit, avait vu persister ses douleurs après la crise aiguë. De plus, était apparu au palais une tumeur pour laquelle un traitement biioduré avait été institué sans résultat. Malgré la négativité de la ponction, il fut opéré de sinusite maxillaire droite, cette intervention permit de constater une ostéite alvéolaire, qui fit disparaître la céphalée, mais n'influença pas les névralgies qui persistèrent.

Le 10 avril, la tuméfaction palatine a augmenté de volume. Elle s'est précisée dans ses limites. Sa coloration est plus rose, la pression est douloureuse. Après avoir envisagé le diagnostic de dent incluse, de kyste, de néoplasme, on explore le sinus, qui ne montre rien, et on procède à une alcoolisation du trijumeau. Après une accalmie passagère, les douleurs reprennent au bout de trois mois. Nous sommes en présence d'une infiltration profonde du voile et de la partie postérieure de la voûte palatine à droite. C'est à ce moment que le Professeur PORTMANN voit le malade parce que, seul, le diagnostic de néoplasie semblait éclairer les troubles présentés par M. P...

On fit alors une biopsie de la tumeur de la voûte palatine. L'examen histologique montra un épithélium malpighien sans modifications morphologiques; le chorion est très épaissi, riche en cellules, discrètement infiltré par les cellules lymphoïdes et, en certains points, par des mononucléaires, qui forment çà et là des couches plus denses. Les vaisseaux capillaires sont assez nombreux. Il y a quelques glandes muqueuses avec leurs canaux excréteurs. On ne trouve en aucun point de dégénérescence maligne épithéliale ou conjonctive ni de granulum spécifique. Il s'agit d'un processus de fibrose avec réaction inflammatoire chronique.

Le 20 mai 1933, transmaxillo-nasale droite avec résection de la voûte palatine et d'une partie du voile (Prof. PORTMANN). Anesthésie générale chloroformique, incision classique prolongée sur la lèvre, incisée sur la ligne paramédiane. Voie d'accès classique et trépanation du sinus maxillaire au niveau de sa face antérieure. On constate alors l'existence d'une tumeur dure, saignante, ayant envahi la totalité de la cavité maxillaire et faisant corps avec la cloison intersinuso-nasale, d'une part, et avec la voûte palatine, d'autre part. Ablation de toute la partie moyenne de la tumeur, que l'on dégage assez facilement de la paroi supérieure du sinus maxillaire. Elle ne semble pas envoyer de prolongements dans l'ethmoïde. Ce temps opératoire est très hémorragique. Résection de la voûte palatine sur la ligne médiane, au ras de la cloison nasale, à l'aide de la grosse cisaille. Le palais osseux est séparé du palais mou. On enlève toute la portion de la

tumeur faisant saillie dans la cavité buccale avec les parties osseuses avoisinantes. Thermocautérisation. Tamponnement à la gaze iodoformée. Grille à la soie pour maintenir la mèche dans la cavité opératoire, suture de la peau aux crins

Examen oculaire. — Diplopie croisée peu accentuée, liée à une parésie du grand oblique droit. Pas de lésion du fond de l'œil, acuité visuelle normale (Prof. TEULIÈRES).

Onze mois après l'opération, le malade revient avec une reprise violente des douleurs. Début d'exophtalmie du côté droit, l'œil est rejeté en haut et en dehors. L'examen de l'orbite montre un soulèvement du plancher orbitaire. Radio le 21 juillet 1934. De face : à droite le sinus maxillaire est déformé avec refoulement de la paroi externe. La voûte orbitaire semble intacte, néanmoins, il existe un flou de la paroi externe de l'ethmoïde et de l'os propre du côté droit. De profil : aucune pénétration cérébrale ne put être décelée par une déformation de l'enveloppe osseuse (Prof. RÉCHOU).

Le malade est réopéré, et, à l'intervention, on se trouve en présence d'un envahissement de la cavité orbitaire droite, pour laquelle on se trouve dans l'obligation de pratiquer une exentération de l'orbite (Prof. PORTMANN). Les douleurs intenses présentées par le malade faisaient craindre une pénétration intracrânienne. L'examen direct pendant l'opération montre les parois qui paraissent indemnes.

L'état général décline très rapidement, et, les dernières semaines, le malade hospitalisé au Tondu a présenté des signes évidents de généralisation ganglionnaire sous forme d'adénopathie cervicale bilatérale très volumineuse, et a succombé à une cachexie cancéreuse typique.

L'examen histologique des fragments enlevés lors de l'opération donne les résultats suivants, communiqués le 4 août 1934 : « Tous les petits fragments ont été examinés en totalité et présentent la même constitution histologique : tissu conjonctivo-vasculaire assez riche en cellules munies d'un noyau allongé très chromophile et possédant tous les caractères des noyaux adultes. Ni monstruosité, ni figure de mitose. La substance fondamentale se présente sous forme de fibres collagènes divisées en faisceaux plus ou moins onduleux. Les vaisseaux ont, en général, des parois épaissies. Il n'y a au niveau de ce tissu aucune trace d'épithélium normal ou pathologique. Il s'agit, en résumé, de lames fibreuses ne présentant aucun caractère malin. » (Dr MOUGNEAU).

LES SIGNES CLINIQUES

Il est inutile, après l'exposé des observations qui vient d'être fait, de revenir en détail sur chaque symptôme. Décrire l'aspect clinique de ces tumeurs dans ses moindres détails exposerait à de fastidieuses redites. D'ailleurs le schéma clinique des fibromes naso-pharyngiens a été magistralement brossé par SÉBILEAU. PORTMANN et CAYE se sont particulièrement adressés aux tumeurs fibreuses hyperplasiques du maxillaire supérieur et en ont fait une description clinique détaillée.

Ce qui mérite davantage de retenir l'attention, ce sont les caractères évolutifs de ces tumeurs.

Si, en effet, on se reporte aux diverses conditions que doit réaliser une tumeur pour être cliniquement qualifiée de maligne, on se rend compte que quelques-unes de ces conditions sont remplies par les néoformations qui nous intéressent, et qui, cependant, portent l'étiquette de bénignes. Ce sont ces caractères de tumeurs dites bénignes qui vont nous retenir maintenant.

I. — *Accroissement rapide.*

Dans tous les traités classiques, le premier caractère qui est attribué aux tumeurs bénignes, c'est la lenteur de leur croissance : « Elles n'atteignent qu'au bout de plusieurs années un développement considérable », disent ROUSSY, LEROUX et OBERLING dans leur *Précis d'anatomie pathologique*. Or, voici des tumeurs qui, suivant les cas, présentent une telle rapidité de développement qu'elle frappe et retient l'attention du médecin à plusieurs examens successifs. Comme certaines de nos observations le montrent à l'évidence, ces tumeurs augmentent très vite de volume; quelques mois en moyenne leur suffisent pour atteindre une taille considérable, et les récidives, quand elles se produisent, vont souvent plus vite que la tumeur initiale.

II. — *Extension inaccoutumée.*

De la fosse nasale, du rhino-pharynx, du sinus, où elles prennent naissance, elles envahissent par leur masse propre et par les prolongements qu'elles émettent les régions voisines du massif facial.

Ce sont les conséquences de cette croissance continue et rapide qui donnent à ces tumeurs un caractère réel de malignité.

Si, en effet, elles n'envahissent pas les tissus et les organes qu'elles rencontrent dans leur marche extensive, ceci grâce sans doute à la capsule qui les enveloppe presque toujours, elles n'en ont pas moins des caractères destructifs. Elles s'insinuent dans les fissures anatomiques préexistantes ou bien refoulent, déplacent, luxent, usent les organes. Devant elles rien ne résiste, et l'on assiste à ce phénomène curieux d'un tissu relativement mou, détruisant des os et des cartilages par le seul fait de la compression continue qu'il exerce sur eux. D'ailleurs, LETULLE (*Anatomie pathologique*) prétend qu'elles s'étendent « à la fois par envahissement et par effraction ». Et l'on comprend ainsi les délabrements considérables que cette croissance imprime aux régions anatomiques où elle se fait. Mais la résistance des plans est variable et conditionne l'envahissement. On observe ainsi pour les tumeurs du naso-pharynx l'évolution en avant vers les fosses nasales, avec quelquefois obstruction narinaire, avec le plus souvent déviation et même dans certains cas destruction partielle de la cloison. Si la tumeur évolue en arrière, il y a pénétration dans les sinus sphénoïdaux après destruction de la paroi antérieure de ces sinus. L'évolution vers le bas entraîne le refoulement du voile du palais, avec parfois même, comme dans une de nos observations (obs. X), clivage du voile par destruction de la muqueuse supérieure, la tumeur s'insinuant entre les deux faces du voile. Plus rarement elle franchit en dehors les parois osseuses de la face et pénètre dans les fosses ptérygo-maxillaire zygomatique et temporale. Par ces prolongements, elle peut détruire la cloison intersinuso-nasale et comble le sinus maxillaire. Là, l'évolution est la même que pour les tumeurs du maxillaire supérieur.

Les tumeurs fibreuses du cavum peuvent aussi évoluer vers le haut et donner des prolongements crâniens après destruction de la base du crâne et de la lame criblée de l'ethmoïde. Nous avons cité deux observations typiques où l'envahissement basilaire avait entraîné la pénétration intracrânienne (obs. XI et XXX). Dans ces cas, évidemment graves, la porte est ouverte aux complications méningées qui emportent rapidement le malade (mêmes observations). Sans compter les destructions de l'encéphale, du chiasma optique. Comme le dit SÉBILEAU, « la silencieuse tolérance de l'encéphale pour une action qui se manifeste sur lui d'une manière continue et progressive », est moins réelle qu'on ne le dit, et en général « les symptômes d'hypertension cérébrale ou de compression rétro-orbitaire de l'appareil oculo-optique n'y font pour ainsi dire jamais défaut : céphalées, somnolences, étourdissements, dilatation pupillaire, amaurose, cécité, atrophie papillaire, ophtalmoplégie ».

On s'explique dès lors que les délabrements subis par le massif facial provoquent une certaine stupeur lorsqu'on examine, après l'ablation de ces fibromes, les cavités qu'ils se sont constituées au prix de destructions qui ne respectent rien.

Les tumeurs du massif maxillaire supérieur, quel que soit l'endroit où elles naissent, comblent en général le sinus; le sinus une fois comblé, ses parois cèdent à la pression extensive et laissent passage à la tumeur, qui envahit en avant la fosse canine, avec soulèvement et effacement progressif du sillon naso-génien, gonflement de la joue, parfois considérable, et déformation de la pyramide nasale, qui est déviée du côté opposé. Vers le haut, le toit du sinus se soulève tout d'abord et devient accessible à la palpation en arrière du rebord inférieur de l'orbite; puis il s'use et laisse la tumeur pénétrer dans la cavité orbitaire, entraînant névralgies du nerf sous-orbitaire, souvent très intenses (obs. XXXI) et exophtalmie progressive. Si c'est la paroi postérieure du sinus qui cède, la fosse ptérygo-maxillaire sera rapidement comblée, avec refoulement des organes vasculo-nerveux qu'elle contient et tous les troubles qui en résultent, puis la fosse zygomatique, enfin la région temporale. Vers le bas, la voûte palatine s'abaisse, se déforme, l'arcade dentaire, surtout si l'implantation est basse, devient irrégulière; les dents s'ébranlent et tombent, tout ceci s'accom-

pagnant de névralgies dont la cause peut échapper au début à un examen superficiel.

On conçoit qu'on puisse ainsi observer ces monstrueuses déformations de la face que l'on reproduit dans tous les classiques et qu'on ne voit plus guère aujourd'hui du fait de la précocité du diagnostic.

On peut se demander s'il s'agit là de malignité à proprement parler. Il est évident que l'extension d'une tumeur entraîne des désordres d'autant plus graves que la région où elle naît est plus étroite et se laisse moins facilement envahir. Un fibrome abdominal n'entraîne le plus souvent des complications par compression que lorsque la tumeur a atteint un volume déjà considérable. Au niveau des cavités de la face, régions étroites, exiguës, l'extension rapide d'une tumeur s'accompagne plus vite de destruction des tissus voisins, et les complications qui en résultent ne sont pas liées à la malignité proprement dite, mais à la gravité des désordres locaux que l'extension de cette tumeur engendre du fait de l'importance des appareils et organes qu'elle lèse.

Ainsi, se fait jour la notion de malignité locale, qui est plutôt une gravité.

III. — *Les récidives.*

Voici maintenant un des caractères les plus controversés des tumeurs bénignes du cavum et du massif facial. SÉBILEAU, dans son mémoire original concernant le fibrome nasopharyngien, déclare : « On dira sans doute qu'il récidive assez souvent et que de nombreuses observations témoignent de la chose. J'ai le sentiment qu'il s'agit moins de récidives que d'opérations incomplètes et de continuité de développement, la tumeur ne renaît pas, elle repousse, elle continue à vivre ». De fait, il est hors de doute que certaines de ces tumeurs ne repoussent pas après ablation. La guérison est alors définitive. Cette éventualité est même très fréquente. Mais, dans d'autres cas, des tumeurs identiques opérées dans les mêmes conditions, par le même chirurgien et avec une technique tout aussi rigoureuse, récidivent avec une rapidité déconcertante. Plusieurs de nos observations montrent des récidives survenues à des intervalles tellement rapprochés qu'on est en

droit d'admettre que ces récives constituent un réel caractère de malignité.

Et on a beau faire fond sur la conception de la repullulation opposée à la récive, basée sur certains faits d'exérèses incomplètes ou sur d'autres où la quatrième ou cinquième opération a été radicale, on peut se demander pourquoi certaines de ces tumeurs récidivent et pas d'autres, alors que les conditions cliniques et opératoires sont les mêmes. D'ailleurs, la récive dans le cas des tumeurs malignes ne résulte-t-elle pas aussi, parmi d'autres causes, de la repullulation d'éléments laissés en place dans le foyer primitif.

Du point de vue clinique, qui seul nous intéresse, repullulation ou récive ont le même résultat : «¹ Dès que les conditions favorables à une reprise du processus hyperplasique sont réunies : parcelle minime de la tumeur laissée au cours de l'intervention, irritation mécanique par un appareil de prothèse, persistance de l'inflammation, biopsie inopportune, et souvent sans cause apparente, on voit apparaître une tumeur avec une évolution souvent plus rapide que la première. » (PORTMANN et CAYE.)

IV. — *Hémorragies.*

Les tumeurs fibreuses qui nous occupent ont un caractère hémorragique qui n'a pas manqué de frapper tous les auteurs qui se sont intéressés à la question. Comme nous le verrons en étudiant le caractère histologique de ces tumeurs, les vaisseaux abondants dont elles sont pourvues n'ont aucune paroi musculaire et sont dépourvus de contractilité. L'état congestif dû à l'inflammation du milieu dans lequel elles évoluent favorise, en outre, cette tendance hémorragique.

Les épistaxis spontanées sont un des premiers symptômes qui amènent le malade aux soins du spécialiste. Elles sont souvent abondantes et entraînent un état d'anémie peu favorable à l'intervention immédiate, qui nécessite souvent des soins préopératoires.

Les épistaxis d'exploration par le toucher naso-pharyngien, en particulier, sont une notion courante que nous n'avons pas

manqué de mentionner dans quelques-unes de nos observations et qui exigent quelquefois un tamponnement serré et un traitement médical plus ou moins efficace. Que dire des hémorragies survenant au cours des biopsies ? Elles les font redouter à juste titre. Et surtout des hémorragies opératoires : hémorragies formidables, profuses, que, seuls, l'habileté opératoire, la rapidité d'exérèse, le sang-froid du chirurgien, permettent de juguler. Dans des cas trop fréquents, la venue de ces hémorragies foudroyantes a pu faire interrompre une intervention, pratiquée pourtant par des maîtres éminents. Elles justifient, en tout cas, les craintes les plus légitimes et commandent de ne « négliger aucune des précautions propres à parer au danger qui peut venir d'elles », à ne rien laisser au hasard, car on ne sait jamais comment vont tourner les choses.

LHEZ, dans sa thèse sur *Les tumeurs du naso-pharynx*, dit, à propos des tumeurs fibromateuses d'apparence histologique bénigne, « qu'elles doivent être considérées comme des tumeurs malignes à cause de leur tendance aux hémorragies répétées, quelquefois formidables, pouvant entraîner la mort immédiate du malade ».

Sans aller jusqu'à la malignité, on peut cependant dire que ces tumeurs, saignant aux dépens de l'individu, présentent un vrai caractère de gravité.

V. — *Envahissement ganglionnaire et métastases.*

En dehors de ces caractères qu'elles empruntent aux tumeurs malignes, la presque totalité des tumeurs fibreuses en question ne présentent aucune autre particularité pouvant les apparenter à ces tumeurs : elles n'ont aucune affinité vasculo-lymphatique, et par suite ne colonisent jamais à distance; les métastases ne s'observent que lorsque ces tumeurs ont subi la dégénérescence sarcomateuse, ce qui est rare (obs. XXX), ou il est probable que la tumeur initialement fibreuse pure s'est secondairement transformée (obs. XXXII). Pas de ganglions non plus pour des raisons identiques. Aucun signe d'intoxication cancéreuse, en particulier pas de cachexie cancéreuse typique, mais seulement l'anémie qui résulte de la perte sanguine et de la gêne respiratoire.

Ce sont en somme des tumeurs locales, exclusivement locales, à évolution grave.

Mais il est des cas, à vrai dire, exceptionnels, où la tumeur fibreuse ne se borne pas à ces symptômes locaux. Contrairement aux notions généralement admises, elles donnent des généralisations ganglionnaires et même des métastases. L'observation XXXI est le cas d'un homme de 54 ans qui présentait une tumeur du maxillaire supérieur occasionnant de très graves désordres locaux et que l'on avait étiquetée tumeur maligne. Or, l'examen histologique répondit : processus de fibrose; sans aucun signe de malignité. Le malade fut opéré, mais la tumeur récidiva et une nouvelle intervention fut pratiquée; on vit alors survenir une adénopathie cervicale bilatérale qui devint rapidement volumineuse, présentant tous les caractères d'une adénopathie cancéreuse. Le malade mourut peu après. On pensa qu'il s'agissait d'une dégénérescence sarcomateuse ou épithéliomateuse ayant engendré des métastases. Or, comme nous l'avons vu, toutes les recherches restèrent vaines, qui avaient pour but de mettre en évidence des signes de malignité.

L'observation XXX montre aussi l'apparition d'une métastase cutanée chez un malade porteur d'une tumeur fibreuse. Ici il existait des signes histologiques qui, bien que rendant probable l'hypothèse d'une dégénérescence sarcomateuse, n'étaient pas d'une netteté suffisante pour que l'anatomo-pathologiste ait cru devoir l'affirmer. L'exacte interprétation de ce cas est évidemment très délicate.

Le Professeur SABRAZÈS, bien qu'il la considère comme rare, admet cette possibilité de généralisation ganglionnaire et de métastase pour des fibromes histologiquement bénins. Dans son ouvrage sur les tumeurs des os, il parle de cas où « *seule* l'évolution clinique fait la preuve de la malignité de certains fibromes qui... engendrent des métastases ».

VI. — *Cachexie cancéreuse.*

Il est évident que des tumeurs aussi hémorragiques ne sont pas sans entraîner des troubles généraux : anémie, asthénie, anorexie, amaigrissement. A ces troubles s'ajoutent ceux engen-

drés par la gêne respiratoire due à ces tumeurs qui occupent les premiers segments de l'arbre aérien. Il s'agit ici de troubles secondaires.

Dans l'observation XXXI, déjà citée, M. le Professeur PORTMANN est d'avis que la cachexie rapide à laquelle succomba le malade était bien une cachexie cancéreuse typique, tout à fait comparable à celle qui marque la phase terminale de l'évolution des tumeurs malignes.

Les tumeurs qui s'accompagnent ainsi de tous les signes locaux et généraux de la malignité même, si elles sont histologiquement bénignes, doivent être rangées dans le cadre des tumeurs à malignité totale.

VI. — *Régression spontanée.*

Un caractère curieux des tumeurs fibreuses des fibromes naso-pharyngiens en particulier, est la régression spontanée, sous une influence encore discutée (fin de la puberté, disparition des causes inflammatoires, etc.). On a pu observer la diminution progressive de leur volume et leur disparition totale. Nous en rapportons un cas (obs. I); c'est sans nul doute un signe de bénignité, puisque l'évolution des tumeurs malignes est caractérisée par leur prolifération indéfinie. Il s'agit, dans ce cas, de tumeurs dont les symptômes locaux eux-mêmes sont bénins, de tumeurs bénignes manifestes.

Mais cette éventualité de la régression des fibromes est tellement rare qu'en pratique il serait dangereux de compter sur elle pour adopter une attitude passive et rester dans l'expectative. Nous citons une observation (obs. X) où on profita de cette éventualité hypothétique pour retarder l'échéance opératoire (la tumeur ayant déjà récidivé deux fois). La troisième exérèse, si elle avait été plus précoce, n'aurait sans doute pas provoqué les dramatiques incidents que nous rapportons.

LES SIGNES HISTOLOGIQUES

Pas plus que pour les signes cliniques, il n'est nécessaire de faire l'étude complète de l'histologie des fibromes du cavum et du massif facial. Les traités classiques en donnent tous une description souvent sommaire, mais cependant suffisante. SÉBILLEAU et ses collaborateurs ont fait, pour leur part, une analyse détaillée de la structure histologique des fibromes naso-pharyngiens. PIERRE, en particulier, a publié dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (1923), dans un mémoire original, le résultat de ses examens au sujet de treize pièces anatomiques, ces examens ayant porté sur les récidives comme sur les pièces de première exérèse. Du rapprochement des aspects observés dans chaque tumeur en des lésions semblables, il tire une description complète portant sur toutes les zones du fibrome. PORTMANN et CAYE ont étudié, à propos de quelques-unes de leurs observations, l'histologie des fibromes hyperplasiques.

Dans le laboratoire d'anatomie générale et d'histologie du Professeur DUBREUIL, on a procédé à l'examen des préparations effectuées au laboratoire de la Clinique d'oto-rhino-laryngologie du Professeur PORTMANN, en partant de biopsies et de pièces opératoires.

Seule, l'étude des signes histologiques classiques de malignité de ces tumeurs sera envisagée.

Auparavant, il n'est peut-être pas inutile de définir exactement les termes qui vont être employés, de façon à éviter la confusion qui ne manque pas d'envahir l'esprit quand il s'agit de sujets ayant donné lieu à des controverses, et abouti à la création de types intermédiaires, comme c'est ici le cas.

SÉBILLEAU montre, d'ailleurs, la nécessité de cette schématisation lorsqu'il dit : « Dans l'état actuel de nos connaissances,

où il nous est impossible de pénétrer l'intimité des tumeurs conjonctives, de connaître leurs rapports réciproques, de superposer exactement les formes histologiques à l'évolution clinique et de conclure précisément de leurs éléments anatomiques à leur malignité ou à leur bénignité, il importe, du moins, que nous conservions les caractères, peut-être un peu schématiques, d'après lesquels nous avons pris l'habitude de les distinguer les unes des autres. »

« Les fibromes sont des tumeurs qui résultent de la prolifération autonome du tissu conjonctif qui se différencie sous sa forme adulte. » (MASSON.) Ils sont formés schématiquement par des cellules fixes adultes pourvues de prolongements délicats, par lesquels elles s'anastomosent les unes avec les autres; le noyau est ovalaire, toujours bien entouré de protoplasma, pauvre en chromatine. Les mitoses y sont exceptionnelles. La substance fondamentale est constituée par des fibres collagènes disposées en faisceaux de plus ou moins grande importance, qui s'associent, se divisent et s'associent à nouveau pour former une trame, dans les interstices de laquelle se logent les cellules. Les vaisseaux sont caractérisés dans ces tumeurs fibreuses bénignes par la présence constante d'une gaine vasculaire, quelle que soit l'importance du vaisseau considéré. Au niveau des ramifications terminales, elle est réduite à une lame endothéliale, mais, au fur et à mesure que le vaisseau prend de l'importance, il s'y ajoute un étui collagène plus ou moins épais, que double extérieurement le complexe fibro-conjonctif. Tant que la tumeur est bénigne, on n'observe pas de solution de continuité.

La limite périphérique est constituée par une capsule constante qui permet le relouement des tissus voisins mais empêche leur invasion.

« Le sarcome fibroblastique est le cancer constitué par les fibroblastes. Ces éléments sont de même espèce que le fibrome, ils n'en diffèrent que par leur fertilité, leur tendance à infiltrer les tissus et à donner des colonies métastatiques par voie sanguine. » (MASSON.)

Les cellules (les fibroblastes) sont allongées, fusiformes, ressemblant de très près aux cellules des fibromes, mais leur abondance est beaucoup plus grande. Une masse sarcomateuse n'est

souvent plus un tissu, mais un agglomérat de cellules. Leurs dimensions sont variables, souvent dans des proportions assez considérables.

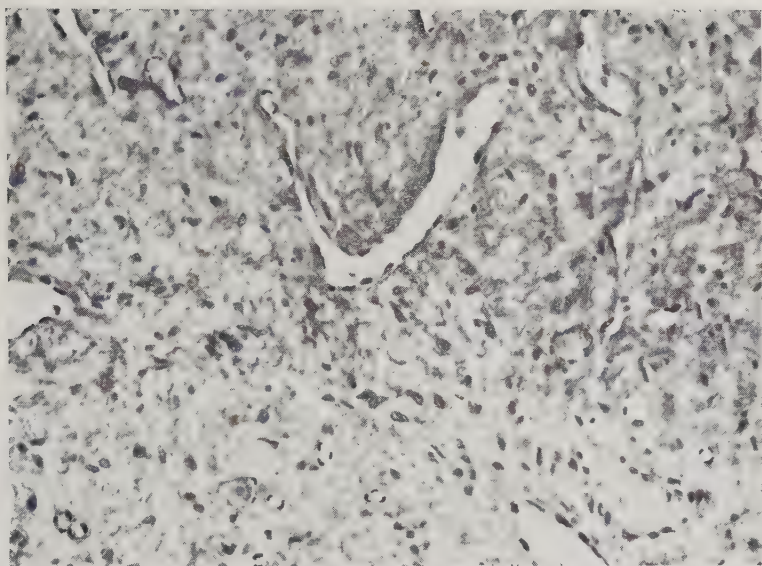
Les noyaux, ovalaires, occupent presque toute la largeur de la cellule, renflée à leur niveau. Leur chromatine est plus abondante que celle des cellules fixes normales et présente souvent des figures assez caractéristiques (plasmosomes), formant aussi des réseaux assez grossiers ou limitant des vacuoles. Leurs réactions tinctoriales sont souvent plus accentuées (noyaux pycnotiques). Ils peuvent être, d'autre part, modifiés dans leur forme (contours irréguliers, formes bourgeonnantes). De plus, caractère fondamental, les figures de mitose sont toujours nombreuses, contrairement à ce que l'on observe dans les fibromes.

Entre les cellules, les fibrilles collagènes sont moins nombreuses que dans ces derniers, mais constantes, se groupant en faisceaux anastomosés ou restant isolées.

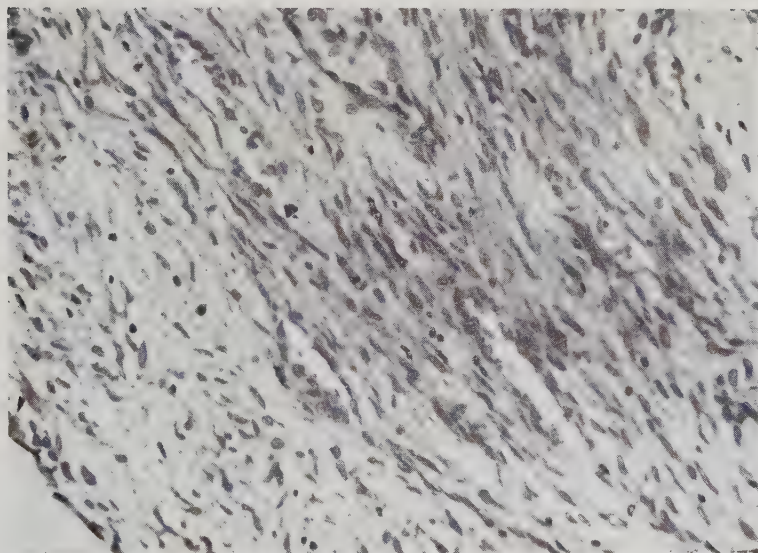
Les vaisseaux appartenant en propre au néoplasme « sont délimités par des cellules sarcomateuses aplaties devenues endothéliales, entre celles-ci et les fibroblastes néoplasiques, une lame collagène hyaline prend souvent naissance... Les vaisseaux répondent donc à une adaptation locale des cellules tumorales » (MASSON). Ils n'ont pas de paroi propre, pas de tunique élastique et musculaire, et ceci les rend fragiles; d'où leur rupture fréquente et l'apparition consécutive d'hémorragies interstitielles : « Les rapports des faisceaux fibro-cellulaires avec les vaisseaux sont les mêmes que dans le fibrome. Il y a cependant une différence, liée à ce fait que la paroi de certains capillaires est formée par les cellules néoplasiques elles-mêmes, de telle sorte que le sang semble circuler dans les lacunes creusées dans la tumeur. D'autre part, ces vaisseaux sans paroi propre se moulent souvent sur les faisceaux qui les délimitent, et peuvent par là même avoir des contours réguliers. »

Les sarcomes sont inclus dans une capsule plus ou moins précise, formée par leurs fibres collagènes persistantes; mais cette capsule est rapidement envahie par les avant-gardes cellulaires et l'invasion des tissus avoisinants ne tarde pas.

Parmi les sarcomes, MASSON distingue, suivant la prédomi-

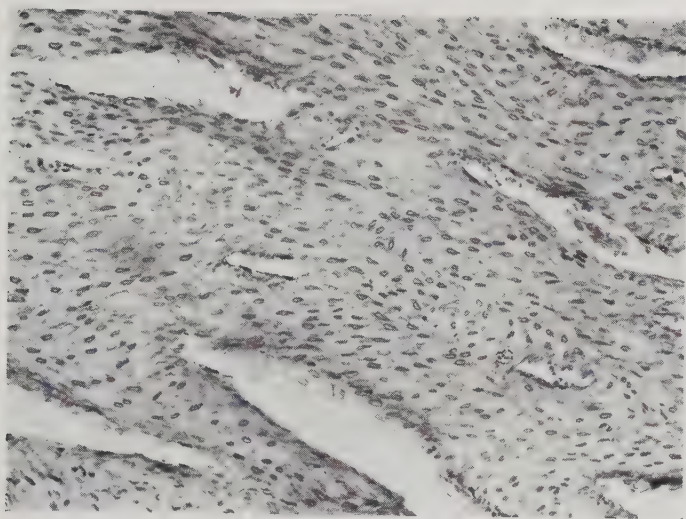


OBS. XI. — Structure typique de fibrome nasopharyngien (G = 200).

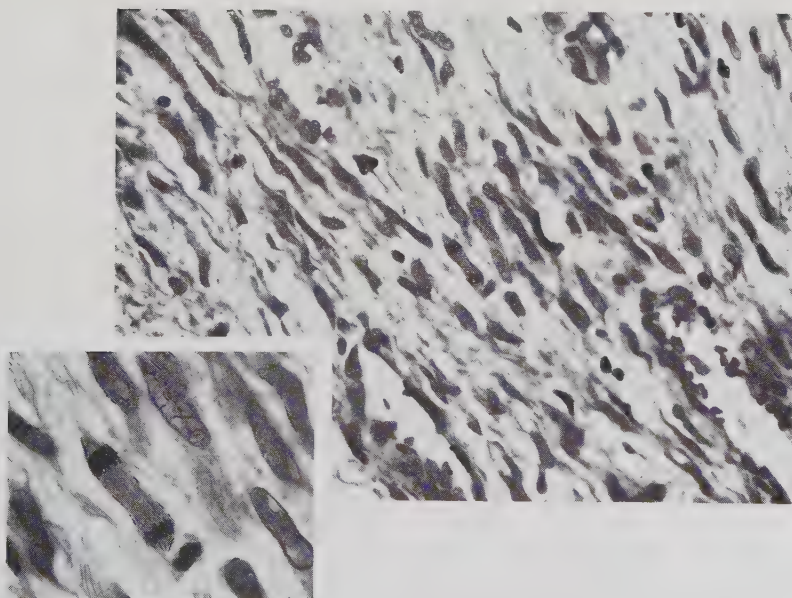


OBS. XXX. — Plage de grande densité cellulaire, vaisseaux sans paroi propre
(G = 200).

CONNAUD (p. 60-61).



Obs. XXX. — Vaisseaux sans paroi propre.



Obs. XXX. — Images cellulaires anormales ($G = 350$);
en cartouche : mitose ($G = 900$).

nance de l'élément cellulaire ou fibreux, des sarcomes fusocellulaires, surtout formés de cellules, et des fibro-sarcomes, où la masse des fibres l'emporte.

Il est intéressant de remarquer que BORST réserve le nom de sarcomes fibroblastiques aux cas où les sarcomes cachent une malignité atténuée sous des apparences histologiques de fibromes. Il les qualifie d'immatures et rapproche leur constitution de celle du tissu conjonctif embryonnaire.

L'étude des signes histologiques des tumeurs fibreuses en question peut être divisée en deux groupes :

1° les caractères architecturaux de l'ensemble :

- a) densité cellulaire;
- b) trame fibreuse;
- c) vaisseaux;
- d) limites périphériques;

2° les caractères cellulaires, avec comme corollaire la notion de dégénérescence sarcomateuse.

I. — *Caractères architecturaux de l'ensemble.*

a) DENSITÉ CELLULAIRE.

Dans l'esprit de nombreux auteurs, le fait, pour un fibrome, d'être riche en cellules fibroblastiques, de contenir des régions où l'abondance cellulaire est plus marquée, suffit pour affirmer la nature maligne histologique de cette tumeur; et les régions de plus grande densité cellulaire sont dites « nids sarcomateux ». D'autres, sans aller si loin, pensent que cela suffit, non pas, sans doute, à entraîner une idée de malignité absolument fatale, mais seulement une vague réserve de pronostic. Le Professeur SABRAZÈS est d'avis que la malignité locale des fibromes s'objectiverait bien par l'existence de zones où la prolifération cellulaire serait plus active.

LETULLE observe que la tumeur offre une structure souvent différente suivant les points examinés. Ainsi on trouve des zones constituées par un tissu fibromateux pur, disposé en tourbillons et très riche en cellules fixes, alors qu'en des régions voisines ce sont des travées onduleuses de cellules fusiformes

qui affectent tous les caractères des éléments du sarcome fusocellulaire.

Pour SÉBILEAU, qui ne la nie pas, « l'abondance de l'élément cellulaire explique évidemment la fertilité, c'est-à-dire la rapidité de son accroissement, sa tendance à repousser, peut-être même, si l'on veut, sa propension à la récidive ». Il faut interpréter cet aspect particulier comme celui d'un fibrome jeune qui fait proliférer activement les cellules; celles-ci n'ont pas encore pris la morphologie définitive des fibroblastes, n'ont pas encore sécrété de nombreuses fibrilles, n'ont pas eu le temps d'organiser le milieu ambiant en substance collagène. Ainsi donc, la richesse en cellules d'un fibrôme, qui, par définition, est une tumeur formée de tissu conjonctif adulte, est une marque de jeunesse tissulaire relative, et par conséquent d'activité. C'est là la marque d'une structure embryonnaire. A LANELONGUE revient l'honneur d'avoir, le premier, attiré l'attention sur ces faits.

LERMOYEZ pense qu'ils ont une valeur pronostique incontestable : « Les fibromes formés d'éléments jeunes, même opérés complètement, récidivent beaucoup plus souvent que les fibromes formés d'éléments adultes, même opérés incomplètement. »

Mais l'activité peut n'être pas la malignité, et LECÈNE, dans son *Précis de pathologie chirurgicale*, dit : « Certains fibromes jeunes, riches en cellules, n'en restent pas moins des néoplasies bénignes. »

C'est aussi l'avis de MASSON : « Quand les cellules sont rares et les fibres abondantes, on les qualifie de fibromes, quand les cellules sont nombreuses, les tumeurs sont dites fibro-sarcomes, mais il ne faut donner à ces mots qu'une valeur d'étiquette sans valeur pronostique ».

Ainsi, on peut admettre que l'abondance cellulaire est, en effet, la marque de la fertilité d'un tissu fibreux. Elle indique la rapidité des divisions cellulaires, et, comme le dit MASSON, « l'augmentation relative du nombre des cellules fertiles exagère pour un tissu le nombre des cellules indifférenciées ». C'est le caractère des tumeurs hyperplasiques, de posséder cet « air de jeunesse », souvent considéré comme un retour à l'état embryonnaire.

Et, s'il semble logique comme SÉBILEAU l'a noté, que la

rapidité d'accroissement, la tendance à repousser, la propension à la récurrence, sont liées à cette fertilité cellulaire, il n'en reste pas moins qu'au point de vue clinique les réserves formulées d'après ces données sont loin d'avoir une valeur réelle.

b) MODIFICATIONS DE LA TRAME FIBREUSE.

Ce sont des faisceaux collagènes plus ou moins denses et épais qui la constituent, tantôt s'ordonnant dans des dispositions élégantes et régulières, tantôt inextricablement mêlés.

« Il existe, dit PIERRE, des coupes de fibromes naso-pharyngiens dont la trame conjonctive est très réduite, les cellules très abondantes et traversées par de multiples vaisseaux embryonnaires. » Comme, d'autre part, il existe des sarcomes évidents où la trame est très dense, on conçoit que l'élément fibreux n'est pas d'un gros appoint dans le diagnostic, d'autant plus qu'il est souvent modifié par l'œdème séreux qui le dissocie.

Il semble cependant que l'abondance de la tumeur en tissu fibreux soit un caractère de bénignité, si l'on admet du moins que l'abondance cellulaire est un signe de malignité. Il est, en effet, d'observation courante que la densité de la trame fibreuse avec son corollaire, la pauvreté cellulaire, soit considérée comme une tendance à la limitation du processus néoplasique.

c) LES VAISSEAUX.

La majorité des tumeurs qui nous occupent présentent des vaisseaux dont la nature est celle des vaisseaux des fibromes. Ce sont des fentes pouvant revêtir par places l'aspect angiomateux : assise endothéliale interne et adventice plus ou moins épaisse suivant le calibre du vaisseau. Les ramifications terminales capillaires présentent un contour net et gardent un endothélium formé de cellules aplaties mais continues, qui le séparent du tissu néoplasique. Dans certains cas exceptionnels, cependant, la simple paroi endothéliale extrêmement mince du vaisseau est déhiscente. Il s'agit de vaisseaux embryonnaires, et l'analogie semble ici complète avec les vaisseaux du sarcome, qui, eux, sont tous embryonnaires. Dans certaines

tumeurs (obs. XXX), on a pu observer cette anomalie avec fréquence. Le sang circule librement dans l'espace intercellulaire, les cellules tumorales constituent la paroi vasculaire, les lumières sont souvent irrégulières et les cellules y font hernies par endroits. C'est sur des aspects analogues que l'histo-pathologiste émet souvent des réserves sur la nature bénigne du fibrome qui les présente. Une des microphotographies ci-jointes représente quelques-uns de ces vaisseaux.

d) LES LIMITES PÉRIPHÉRIQUES.

Les fibromes, tumeurs bénignes, restent encapsulés, et c'est à cette capsule qu'ils doivent de n'adhérer qu'exceptionnellement aux tissus voisins, de ne pas les envahir. Les sarcomes, au contraire, non encapsulés, pénètrent les tissus qu'ils rencontrent et les envahissent.

En réalité, du moins dans les stades de début, les sarcomes sont souvent pourvus d'une capsule plus ou moins nette, que leur forment leurs fibres collagènes persistantes. Les sarcomes à type dur, en particulier, forment des tumeurs denses, fermes, qui, au lieu de s'étendre sur les tissus, s'isolent sous forme d'une masse unique. Ils refoulent autour d'eux les tissus avoisinants, les compriment et les atrophiaient sans cependant les pénétrer. Rien ne les distingue pendant un certain temps des fibromes. Mais, tôt ou tard, capsule et tissus avoisinants sont envahis, et ces tumeurs se révèlent, en définitive, comme de véritables néoplasmes malins.

Comme, d'autre part, dans certains cas de tumeurs manifestement bénignes au point de vue histologique, « l'étude de leur pourtour montre leur limite imprécise », on conçoit que l'incertitude puisse exister et que l'étude des limites périphériques prête à des interprétations erronées.

II. — *Caractères cellulaires.*

« Ainsi donc, comme le dit SÉBILEAU, tant que nos connaissances sur la signification histologique des néoplasmes n'aura pas changé, nous ne devons, sous peine de ne plus rien comprendre; donner le nom de sarcome qu'à des tumeurs con-

jonctives caractérisées non seulement par leurs éléments cellulaires, mais aussi par les déformations de ceux-ci.

En réalité, il n'y a pas de sarcome tant qu'il n'y a pas évolution incorrecte des cellules. »

Les caractères qui marquent la cancérisation de la cellule sont : les modifications de forme et de volume du protoplasma et du noyau. Cellules irrégulières, inégalement volumineuses dans les mêmes zones, noyaux déformés, irréguliers, bourgeonnants. Dans la cellule elle-même, augmentation du rapport nucléoplasmique, présence de noyaux fixant énergiquement les colorants, présence de divisions directes ou indirectes. Ce sont ces monstruosité ou atypies cellulaires que les auteurs se sont attachés à mettre en évidence pour affirmer la nature maligne d'une tumeur.

Pour LETULLE, comme on l'a vu, il existerait des « travées onduleuses de cellules fusiformes au niveau des fibromes nasopharyngiens, qui affectent tous les caractères du sarcome fusocellulaire. Dans certains cas même, le néoplasme prend un type de sarcome globo-cellulaire ».

Pour le Professeur SABRAZÈS, certaines cellules peuvent présenter des atypies que l'on ne peut mettre en évidence que par des examens très attentifs et par des procédés techniques qui dépassent évidemment le cadre de la pratique courante : gros noyaux plus colorables, modification du rapport nucléoplasmique, mitoses même. S'il est souvent impossible de les mettre en évidence, il faut incriminer le fait que les examens biopsiques ne portent, le plus souvent, que sur des fragments extrêmement réduits, où il est possible que l'examen le plus minutieux ne puisse déceler aucune zone suspecte. MONTPELLIER fait en effet remarquer que « les histopathologistes savent, d'expérience prolongée, que la physionomie structurale d'une tumeur ne peut être reconnue et fixée dans ses détails que par une étude histologique poursuivie sur des prélèvements suffisants dans des circonstances de technique déterminées ».

Conformément à ces principes, PIERRE a entrepris sur 13 cas de fibromes naso-pharyngiens de la puberté masculine des recherches histologiques précises. Les examens ont porté sur des coupes en série de la totalité des tumeurs enlevées lors de la première exérèse et sur les récidives. Ils ont abouti aux conclusions suivantes :

Aucune des modifications cherchées n'a jamais été trouvée : « pas de changement important du volume par rapport aux cellules voisines, pas d'hypertrophie du noyau par rapport au protoplasma, pas de réseau chromatinien fixant énergiquement les colorants, pas de division, directe ou indirecte ».

PORTMANN et CAYE attribuent aux tumeurs hyperplasiques fibreuses du maxillaire supérieur une structure histologique bénigne et affirment que la répétition des examens histologiques en tous les points de la tumeur, où l'on n'a pu retrouver des signes d'anarchie cellulaire ou tissulaire; le fait que les biopsies ont été effectuées à une assez grande profondeur, de façon à dépasser la gangue de tissus modifiés mais normaux, qui entourent souvent les tumeurs malignes; la largeur des prélèvements, ne légitiment pas la crainte d'être passé à côté d'un sarcome. Ainsi donc, aucun signe de malignité ne semble pouvoir être mis en évidence dans ces tumeurs fibreuses.

En se reportant, d'autre part, aux comptes rendus anatomo-pathologiques relatés dans les observations, on n'y verra jamais mentionnée une monstruosité ou une atypie cellulaire, sauf dans l'observation XXX, dont il va être question dans un instant.

Comment interpréter ces résultats contradictoires, ces opinions divergentes? Il faut ici revenir à la classification donnée au début. On y a vu qu'à côté des fibromes saignants de la puberté masculine et de certains fibromes des maxillaires, qui sont histologiquement bénins, il y a des tumeurs fibreuses qui évoluent chez des individus de tout âge et de tout sexe et dont l'aspect clinique malin semble avoir des correspondances dans le contexte anatomo-pathologique. C'est ainsi qu'il existe dans les observations une tumeur manifestement fibreuse dans laquelle on a pu mettre en évidence quelques signes histologiques de malignité. Ils s'objectivent, pour la première pièce opératoire, par la présence de quelques rares noyaux dont la forme semble nettement pathologique. Ils sont légèrement déformés et bourgeonnants, certains d'entre eux sont vacuolaires, et par endroits d'autres se font remarquer par leur volume quelquefois double de celui des cellules avoisinantes. Sur les pièces opératoires provenant de récidives ultérieures, on remarque ces mêmes caractères cellulaires et, de plus, quelques rares mi-

tosés, dont il figure une photographie dans ce travail. Ce sont là, semble-t-il, des indices bien faibles pour affirmer que la tumeur dont il s'agit est manifestement maligne. Une mitose ne fait pas un sarcome. Il n'en est pas moins vrai que ces atypies cellulaires, si l'on ne veut pas aller jusqu'à prononcer le mot de monstruosité, coïncident avec une allure clinique extrêmement sérieuse, avec de multiples récurrences à des intervalles très rapprochés et, semble-t-il, une métastase cutanée terminale. PORTMANN et DAVIES pensent que nous sommes ici davantage dans le cadre d'une dégénérescence maligne d'un fibrome que dans celui d'un fibrome malin.

A part ces exceptions rares, dont l'interprétation est extrêmement difficile, il est certain que les fibromes, même ceux dont l'évolution locale est celle d'un cancer, ne donnent à l'examen que des signes histologiques bénins.

D'ailleurs, peut-on vraiment, sur un aspect histologique, distinguer à coup sûr la bénignité de la malignité? La nature des cellules est loin de nous avoir livré tous ses secrets, et il est certain qu'elle se dérobe souvent à l'œil le mieux averti et aux techniques les plus éprouvées. CHAMBERS et LUDFORD, étudiant par la méthode de la microdissection les éléments cellulaires normaux de la souris et les éléments néoplasiques correspondants, entre autres les fibroblastes normaux et les fibroblastes sarcomateux, n'ont pu mettre en évidence entre eux de différence essentielle. Et n'avons-nous pas souvent entendu notre maître, le Professeur PORTMANN, formuler l'hypothèse qu'il existait, sans doute, deux sortes de tumeurs, identiques au point de vue tissulaire :

— les unes, *bien compensées*, dont l'organisme s'accoutume sans trop de dommage parce qu'il leur résiste et limite leur tendance maligne : ce seraient les tumeurs bénignes;

— les autres, *mal compensées*, par lesquelles les défenses de l'organisme se laissent envahir, et qui seraient les tumeurs malignes.

De ces idées, MASSON s'est fait également le propagandiste. C'est dire la complexité du problème, et l'on peut soupçonner que bien des aspects malins des cellules se cachent peut-être sous les apparences les plus débonnaires. Malheureusement, tant que le perfectionnement de nos techniques ne nous aura

pas ouvert d'autres voies, nous devons nous contenter des caractères classiques bien éprouvés qui différencient cellules bénignes et malignes.

Transformation maligne.

C'est la question complexe de la dégénérescence sarcomateuse qui va être envisagée maintenant. C'est l'une de celles qui a été le plus discutée. Les uns la nient systématiquement, ne l'ayant jamais observée, d'autres, bien que cette évolution leur paraisse exceptionnelle, ne l'en admettent pas moins dans certains cas. Pour CANUYT, les fibromes naso-pharyngiens peuvent subir toutes les dégénérescences et en particulier évoluer vers le type sarcomateux, mais cette dernière orientation paraît exceptionnelle et moins fréquente en tous cas que ne le laisseraient supposer les descriptions classiques. « Cette transformation maligne leur donne rang de fibro-sarcome, tumeurs de structure embryonnaire, dit-il, se rapprochant ainsi des néoplasmes malins du tissu conjonctif qui s'accroissent rapidement et récidivent avec fréquence. » Il ajoute : « Ces tumeurs exceptionnelles qui sont des polypes fibreux dégénérés ne doivent pas être confondus avec les tumeurs malignes du cavum ».

Depuis E. QUENU, cette transformation maligne des fibromes en sarcomes est, d'ailleurs, une notion généralement admise. Pourtant, la transformation maligne des fibromes est niée par SÉBILEAU, qui n'a jamais observé la dégénérescence sarcomateuse, du moins pour les fibromes de la puberté. PIERRE, qui a cherché dans la littérature les cas où l'on pouvait l'admettre sans arrière-pensée, n'a trouvé qu'un cas où elle ne pouvait être mise en doute : celui de JABOULAY, qui a été rapporté par ailleurs.

Parmi les observations inédites rapportées, pas une seule, dans le cas des tumeurs de la puberté, n'a montré d'évolution sarcomateuse. Il n'en est pas de même quand il s'agit d'individus d'âge moyen. Ici, il est plus fréquent de rencontrer la dégénérescence des tumeurs fibreuses.

Dans l'observation de JABOULAY, il s'agit d'une malade por-

teur d'un fibrome naso-pharyngien dans sa jeunesse dont la tumeur récidiva sans cesse pendant trente années et dégénéra en sarcome. Il se produisit même une métastase thyroïdienne. PIERRE, citant ce cas, émet la réserve « que les choses se présentent ici de façon bien particulière, et l'intérêt de la dégénérescence ne fait que s'ajouter à l'intérêt de la persistance du fibrome pendant l'âge adulte ».

Dans l'observation XXX, concernant un homme de 42 ans, dont la tumeur au début fut étiquetée fibrome, on observe sept récurrences successives à des intervalles fort rapprochés, et, dans cette tumeur qui conserve les caractères des fibromes naso-pharyngiens typiques, on observe les stades de l'évolution maligne jusqu'à l'apparition d'une métastase : « Il semble que, dans ce cas, disent PORTMANN et DAVIES, nous soyons à un stade de transformation maligne et que nous puissions considérer la succession des lésions, du point de vue histologique, d'abord sous la forme d'une hyperplasie fibreuse au voisinage d'une cicatrice, ensuite d'une néoplasie bénigne, enfin, un troisième stade de néoplasie maligne. »

On peut se demander — ce problème a d'ailleurs été déjà évoqué — si, dans ce cas, il s'agit bien d'une transformation vraie de fibrome en sarcome, d'une dégénérescence sarcomateuse, ou bien si la tumeur fibreuse contenait, bien qu'elle fût difficile à mettre en évidence, quelques régions à cellules possédant les caractères des cellules sarcomateuses, auquel cas il s'agirait non pas de dégénérescence, mais d'évolution sarcomateuse. Déjà, LANNOIS avait posé le problème en ces termes : « La structure des fibromes naso-pharyngiens est caractérisée par ce fait qu'elle peut offrir tous les intermédiaires entre le fibrome pur et le sarcome. L'évolution sarcomateuse, n'est pas une transformation proprement dite, mais une conséquence de la prédominance des éléments sarcomateux sur les éléments fibreux. »

Il n'est que juste de reconnaître qu'une opinion définitive sur ce délicat problème n'a pas encore été formulée.

En résumé, il est difficile de trancher le diagnostic histologique entre tumeur bénigne et tumeur maligne : dans les cas

les plus extrêmes au point de vue clinique, on a des caractères histologiques analogues.

PORTMANN et RETROUVEY, dans leur ouvrage sur le cancer du nez, observent : « Le sarcome fibroblastique est le cancer constitué par les fibroblastes. Ces éléments sont de même espèce que le fibrome, mais ils en diffèrent par leur fertilité, leur tendance à infiltrer les tissus et à donner des colonies métastatiques par voie sanguine. » A cette définition, il faut ajouter, avec MASSON, qu'en pratique il est fort difficile de l'appliquer avec certitude, car, entre les fibromes les plus authentiques et les sarcomes les plus indiscutables, il existe toutes les formes intermédiaires, et l'on ne saurait dire avec précision où commence la malignité. Tous les stades intermédiaires ont été établis entre les myxomes et les fibromes, de même il est permis de penser que la chaîne continue vers le sarcome. Laissons parler SÉBILEAU : « Le myxoïde du rhino-pharynx est une formation hyperplasique, le fibrome tient à la fois, par ses caractères, de la formation hyperplasique et de la formation néoplasique, comme partout où il y a un état hypertrophique ou cicatriciel, nous trouvons tous les intermédiaires entre la simple production tissulaire, produit de l'irritation chronique et la néoproduction tissulaire, qui aboutit au cancer, et nous ne connaissons pas la limite scientifique où finit la première et où commence la seconde. »

SYNTHESE ANATOMO-CLINIQUE

Le problème de la bénignité ou de la malignité de ces tumeurs se pose toujours en leur présence. Et il se légitime par l tude comparative des caractères cliniques et anatomo-pathologiques, qui composent à ces affections un tableau bien spécial.

De l tude des tumeurs fibreuses du cavum et du massif facial, on peut conclure, au point de vue clinique, à l'existence de trois formes :

1  Des tumeurs *bénignes* : ce sont celles dont les signes locaux restent peu inquiétants, dont le développement très lent, la tendance expansive peu accentuée, la bénignité des hémorragies, justifient dans une certaine mesure l'expectative.

Ce sont celles qui peuvent régresser à la puberté et disparaître sans laisser de traces.

2  Des tumeurs, dont les caractères de malignité sont représentés par :

- la rapidité de leur développement;
- leur extension inaccoutumée;
- les récidives fréquentes;
- les hémorragies graves;
- la dégénérescence cancéreuse, rare mais possible.

D'autre part, caractères manifestes de bénignité :

- pas de ganglions;
- pas de métastases;
- pas d'envahissement des tissus voisins à proprement parler.

Leur malignité est donc exclusivement *locale*.

3° Des tumeurs malignes, caractérisées par les mêmes phénomènes locaux :

- rapidité de développement;
- extension inaccoutumée;
- récurrences fréquentes;
- hémorragies graves;

mais qui, contrairement à toute attente, présentent une affinité vasculo-lymphatique se manifestant par :

- l'envahissement ganglionnaire;
- les métastases;
- la cachexie,

et entraînent la mort.

Ce sont des tumeurs à malignité *totale*.

En contrepartie de ces signes cliniques, des tests anatomo-pathologiques manifestement bénins ou du moins discutables au point de vue de leur malignité, sauf dans le cas de dégénérescence. Il s'agit de tissu conjonctif, où la teneur relative des fibres et des cellules est variable, souvent très vasculaire, sans atypies ni monstruosité cellulaires ni tissulaires. La bénignité histologique est généralement accordée sur ces signes avec quelquefois quelques vagues réserves, par exemple dans le cas où l'histologiste est au courant des manifestations cliniques.

La discordance entre la clinique et l'anatomo-pathologie s'avère ainsi indiscutable. Qui, du clinicien ou de l'histologiste, a raison ? Ici, ce ne sont pas des questions scientifiques qui entrent en jeu. SABRAZÈS et JEANNENEY, dans leur ouvrage sur les tumeurs des os, disent, à propos des fibromes, dans le cadre desquels rentrent les tumeurs qui nous occupent et de leur diagnostic avec les fibro-sarcomes : « L'examen histologique ne suffit pas à départager tous les cas : seule, l'évolution clinique fait la preuve de la malignité de certains fibromes qui se mettent à grossir outre mesure, à récidiver après intervention dans les mois ou dans l'année qui suit, à engendrer des métastases ». Un exemple pratique nous montre bien la vanité des discussions qui peuvent s'élever au sujet de la malignité ou de la bénignité histologique : soit un malade qui doit être opéré pour la Nième fois d'une tumeur qui a détruit son massif facial,

qui a provoqué des hémorragies multiples dont il se trouve affaibli d'une façon inquiétante. Que nous importe alors que la tumeur soit histologiquement bénigne ? Nous voyons par là que, seule, la clinique compte, même si l'histologie ne fait pas la preuve de la malignité.

Il ne faut d'ailleurs pas être trop exigeant à l'égard des données anatomo-pathologiques, en leur demandant davantage que ce qu'elles peuvent fournir.

Au sujet de la confrontation des tests histologiques avec les données cliniques et évolutives, MONTPELLIER écrit : « La faveur que l'on accorde aux tests histologiques a beaucoup souffert du tort que certains leur ont fait en voulant tirer des renseignements pronostiques et thérapeutiques d'eux seuls, en dehors de toute notion clinique. Ensuite, vouloir interpréter l'exacte malignité de toute tumeur en se bornant à peser ses seuls caractères structuraux est aussi déraisonnable que de vouloir affirmer le mode évolutif d'une tumeur encore apparemment locale et d'en formuler la thérapeutique de choix en limitant ses investigations aux seules données cliniques. » Et il conclut : « En définitive, l'anatomo-pathologiste dresse un bilan de la constitution histologique d'une tumeur. C'est tout ce qu'il peut faire, et c'est beaucoup. Il appartient au praticien de confronter ces données avec celles de la clinique et autres branches de laboratoire et d'en tirer ce qui, en fonction de l'ensemble, demeure utilisable. » Ainsi, dans le cas qui nous intéresse, nous sommes conduit à envisager ces tumeurs sous leur aspect clinique, qui seul importe au point de vue pronostique et thérapeutique. A des tumeurs graves qui empruntent aux néoplasmes malins des signes importants, s'adresse un traitement identique : exérèse précocée et complète, comme pour un cancer.

CONSIDERATIONS SUR LA PATHOGENIE, LA NATURE L'ETIOLOGIE DES TUMEURS FIBREUSES DU CAVUM ET DU MASSIF FACIAL LEUR CADRE NOSOLOGIQUE

Une étude sur le degré de malignité d'un groupe de tumeurs ne saurait être complète si l'on ne précisait, dans la mesure du possible, leur pathogénie et leur nature, ainsi que les conditions étiologiques dans lesquelles elles apparaissent. Ainsi pourra-t-on peut-être leur donner, dans la classification des tumeurs, une place correspondant à leur tableau anatomo-clinique si spécial.

I. — *Pathogénie et nature.*

Des controverses nombreuses se sont élevées sur la nature en la pathogénie de ces diverses tumeurs fibreuses.

a) Pour les fibromes naso-pharyngiens, on a parlé de suractivité fonctionnelle du périoste, de troubles hypotrophiques dus à des anomalies de développement et de fonctionnement de l'hypophyse. OKINCZYK, MOURE et BOURGEOIS concluent de leurs recherches que la pathogénie des tumeurs en question est encore obscure.

A la suite de travaux modernes, se sont fait jour quelques théories nouvelles.

OMBRÉDANNE, dans son ouvrage sur la chirurgie infantile, croit que, très probablement, il s'agit de tumeurs mixtes, d'embryomes provenant de l'inclusion d'éléments anatomiques embryonnaires, soit au niveau de la jonction sphéno-vomérienne, soit au niveau de l'invagination pharyngienne, qui contribuent à la formation de l'hypophyse. Les inclusions auraient lieu pendant la période de modification des tissus pour l'ossification de la base du crâne.

La thèse d'après laquelle ces fibromes purs peuvent repré-

senter des dysembryomes différenciés semble aussi soutenue dans le cas relaté par AUBIN dans son livre sur la biopsie clinique en oto-rhino-laryngologie, dans lequel il s'agit d'un dysembryome de la paroi postérieure du pharynx nasal à structure caractéristique des fibromes. De même PAPAIE est d'avis que « le polype naso-pharyngien représente une malformation embryonnaire due à un défaut d'absorption et, par suite, à la persistance anormale de la portion du conduit crânien existant entre la capsule otique et l'aile temporale ».

b) La presque universalité des tumeurs primitives des maxillaires naissent aux dépens de reliquats de colonnes de tissu épithélial nécessaires à la formation des appareils de la dentition (débris épithéliaux paradentaires). Il en est ainsi des fibromes des maxillaires et des épulis fibreuses. Ces tumeurs seraient, par conséquent, des dysembryomes simples nés des os maxillaires (LETULLE).

Pour DELATER et BERCHER, la genèse des tumeurs fibreuses serait due à la lutte du tissu conjonctif et du tissu épithélial, qui engendrerait la réaction hyperplasique du tissu conjonctif (fibroblastes avec ou sans myéloplaxes). Il s'agirait d'un néoplasme développé en réaction à une sollicitation épithéliale.

SABRAZÈS et JEANNENEY accordent une place de choix à l'ostéite fibreuse dans la genèse de toutes ces dystrophies. Si les fibromes des os périostiques ou centraux, et qui comprennent le fibrome naso-pharyngien et les fibromes des mâchoires, « se développent souvent sans cause apparente..., quelques-uns sont en rapport avec l'ostéite fibreuse ». Plus loin les auteurs observent encore : « Au crâne, aux os de la face, aux maxillaires..., certaines tumeurs fibreuses, ostéofibromateuses, appartiennent vraisemblablement à l'ostéite fibreuse et n'en sont que des formes localisées ». L'ostéite fibreuse elle-même, dont la pathogénie reste imprécise, « serait la réaction de l'os vis-à-vis de troubles nutritifs divers; ces troubles peuvent reconnaître à l'origine une irritation mécanique, une hémorragie interstitielle, ce qu'OMBRÉDANNE appelle un blocage vasculaire ». A la fonte locale fera suite une réparation fibreuse. Par ailleurs, des troubles endocriniens, en particulier des parathyroïdes, ne seraient pas étrangers à ces dystrophies. Ce seraient des « tumeurs dysendocriniennes » (LERICHE).

La multiplicité des théories invoquées montre clairement la complexité du problème de la nature de ces tumeurs.

II. — *Conditions étiologiques générales.*

En dehors des conditions d'âge et de sexe qui sont particulières à chacune des tumeurs déjà étudiées, il faut accorder une mention spéciale à certaines circonstances étiologiques qui ne sont pas étrangères à la naissance et au développement des tumeurs fibreuses : l'inflammation, le traumatisme, le terrain.

a) L'INFLAMMATION.

PORTMANN et RETROUVEY remarquent que « les causes inflammatoires sont particulièrement fréquentes dans le naso-pharynx, carrefour aérien recevant le contrecoup de tous les états pathologiques des fosses nasales et des cavités accessoires, et lui-même si souvent enflammé et infecté pour son propre compte ». De même, au niveau des maxillaires, les causes d'inflammation ne manquent pas : gingivites, caries, éruption difficile de la dent de sagesse, avulsions dentaires, sinusites enfin (DELATER).

Or, nous savons que « l'irritation est une cause profonde de prolifération cellulaire. Certaines cellules semblent plus aptes que d'autres à une réaction prolifératrice, et ce sont les moins différenciées qui semblent le plus capables d'activité... C'est ainsi qu'il se produit un travail de compensation, et ainsi se constitue l'état hyperplasique. » (PORTMANN.)

LESBRE et GRANDCLAUDE avaient émis l'hypothèse de l'action directe de l'inflammation sur le tissu conjonctif. RENNER, de son côté, conclut d'une étude de 165 cas de tumeurs des maxillaires : « La forme fibreuse est certainement à considérer, en partie au moins, comme un processus de résistance à l'inflammation. » Pour MASSON également, l'accroissement des tumeurs hyperplasiques est dû à l'irritation et cesse avec elle.

b) LE TRAUMATISME.

Il est sans doute à l'origine de certaines tumeurs fibreuses, surtout au niveau du maxillaire. Pour le Professeur PORTMANN,

« le traumatisme ne crée pas évidemment de toutes pièces une hyperplasie, mais il paraît logique d'admettre qu'un traumatisme assez violent ou même un petit et répété entraîne, par la création d'un tissu cicatriciel, des manifestations histologiques locales, qui font de cette cicatrice un tissu précancéreux ». Dans l'observation XXX, il est manifeste que le tissu de cicatrice, après une fracture du crâne, a été à l'origine de la tumeur fibreuse.

SABRAZÈS, de son côté, remarque que le traumatisme est trop souvent incriminé, mais « qu'il n'est pas impossible que, dans certaines modalités de tumeurs à cellules géantes, s'écartant du type classique, aux maxillaires par exemple, de menus traumatismes répétés (avulsions dentaires) ne puissent, par le jeu d'hémorragies mal résorbées, de l'infection chronique, jouer un rôle favorisant l'hyperplasie qui les engendre ».

Le rôle du traumatisme est donc loin d'être négligeable.

c) LE TERRAIN.

Toutes ces notions si disparates se réunissent dans le cadre général du terrain. Certains sujets, à l'occasion d'inflammations ou de traumatismes, et souvent sans cause décelable, font des réactions tumorales comme d'autres font toujours des cicatrices chéloïdiennes. Les troubles sanguins (anémie, modifications de la crase sanguine) et surtout endocriniens expliquent en partie ces phénomènes. Il s'agirait de tempéraments tumoraux.

III. — *Considérations nosologiques.*

De toute évidence, c'est le tissu fibreux qui confère à ces tumeurs un air de famille, un lien commun, quelle que soit la pureté de ce tissu. Si bien que, comme le dit CAYE, « tumeurs fibreuses simples ou tumeurs à myéloplaxes, nous ne retenons qu'un seul point histologique commun à travers des structures analogues de ces tumeurs hyperplasiques : la présence de tissu fibreux ».

C'est qu'en effet, quelle que soit l'essence et la destinée du tissu fibreux que l'on trouve dans les néoformations du cavum et du massif facial, « il est doué d'une impulsion proliférante

telle que, dans certaines tumeurs extensives, envahissantes, quoique histologiquement bénignes, c'est à lui qu'il faut rapporter ce caractère évolutif dominant ».

Mais cette extensivité si marquée, le tissu fibreux la possède-t-il en propre ? ou bien y a-t-il à l'origine un « *stimulus* », un « *primum movens* » ? C'est le problème si délicat des néoplasies et des hyperplasies, pour lequel SÉBILEAU n'ose se prononcer : « Tant que nous n'aurons pas établi les rapports des néoformations avec les processus inflammatoires ou parasitaires; tant que nous n'aurons pas pénétré le mécanisme par lequel les irritations locales engendrent l'hypertrophie ou la néoformation, quelquefois les deux, l'une après l'autre; tant que nous n'aurons pas découvert le rôle, dans la genèse de toutes ces productions de la tératologie cellulaire, dire d'une formation tissulaire qu'elle est une hyperplasie ou une néoformation sera davantage une affaire de mots qu'une affaire de dogme. »

Il semble qu'au lieu de vouloir trancher entre ces deux grands processus tumoraux, on doive, au contraire, les associer dans le cas qui nous occupe : il s'agirait de néoplasies subissant le coup de fouet hyperplasique.

Ou bien, dans d'autres cas d'hyperplasies dont l'édifice peut survivre à l'irritation qui l'a engendré et vivre pour son propre compte, devenant ainsi une néoplasie. La cause inflammatoire peut d'ailleurs persister, et CAYE nous dit ce qui se passe : « Lorsqu'une hyperplasie cellulaire entraîne la formation d'une tumeur, si le *primum movens* de ce processus (l'inflammation) est actif, l'évolution de la masse tumorale peut être très rapide et revêtir le caractère des néoplasies malignes. »

SÉBILEAU a d'ailleurs admis ce compromis pour le fibrome naso-pharyngien, dont il dit qu'il « tient à la fois par ses caractères de la formation hyperplasique et de la formation néoplasique ». PORTMANN et CAYE, parlant des tumeurs fibreuses qui se développent au niveau des maxillaires supérieurs, observent que, « lorsqu'elles subissent la poussée hyperplasique, elles s'individualisent au point de mériter une description à part qui leur donne dans la clinique une place bien marquée ».

CONCLUSIONS

Au niveau du cavum et du massif facial prennent naissance, le plus souvent chez des sujets jeunes, des tumeurs fibreuses dont l'étude nous a permis de mettre en évidence le point suivant :

I. — Au point de vue clinique, elle se présente sous trois types, dont le degré de malignité est variable :

1° Les unes, tout à fait semblables aux tumeurs malignes, s'abjectivent par :

- le développement rapide;
- l'extension inaccoutumée;
- les hémorragies graves;
- les récidives fréquentes;
- la présence de ganglions, de métastases et de cachexie.

Ce sont des tumeurs fibreuses à *malignité générale*.

2° D'autres, les plus fréquentes, se caractérisent seulement par les signes locaux de la malignité (développement rapide, extension inaccoutumée, hémorragies, récidives), mais, sauf dans les cas exceptionnels de dégénérescence sarcomateuse,

- elles n'envahissent pas les tissus;
- ne donnent pas de ganglions;
- ne donnent pas de métastases.

Ce sont des tumeurs fibreuses à *malignité locale*.

3° Certaines, enfin, évoluent effectivement comme des *tumeurs bénignes*, ne présentant que des signes locaux atténués et pouvant subir une régression spontanée.

II. — Au point de vue histologique, il s'agit, dans tous les cas, de tumeurs à caractères manifestement bénins.

En particulier, pas de monstruosité ni d'atypie cellulaire ni nucléaire, signes indispensables pour affirmer la nature maligne d'une tumeur; seules l'abondance cellulaire anormale et la présence de quelques vaisseaux sans parois propres justifient les réserves pronostiques qui sont généralement formulées, mais qui, en pratique, ne sont pas toujours vérifiées.

Le contexte anatomo-pathologique est donc bien loin de répondre aux signes cliniques. Ainsi, s'avère le contraste anatomo-clinique, qui est le trait essentiel de ces tumeurs.

III. — Ce caractère si spécial semble lié à l'impulsion proliférante du tissu fibreux qui les compose; nous sommes amenés à admettre, bien que nous ne connaissions pas exactement la nature et la pathogénie des tumeurs fibreuses en question, que les deux processus hyperplasique et néoplasique se combinent ici et leur confèrent cette physionomie particulière qui les individualise suffisamment pour leur donner en clinique une place bien marquée.

IV. — En présence des symptômes qu'elles créent, la clinique prend le pas sur le laboratoire, et, malgré leur structure histologique bénigne, nous devons considérer les tumeurs fibreuses du cavum et du massif facial comme malignes. Elles deviennent dès lors justiciables de la thérapeutique des tumeurs malignes de ces régions :

Exérèse large et précoce, comme pour un cancer.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je les viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. PORTMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 19 juillet 1939.
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — A propos des tumeurs à cellules géantes. *Ann. d'anat. pathol. et d'anat. médico-chir.*, mai 1928.
- BALLO. — Recherches histologiques concernant la régression spontanée des fibromes naso-pharyngiens. *Zeitschrift f. Ohrentieil.*, Bd LV, n° 4.
- BOUTIN. — Tumeur osseuse atypique. Désaccord entre la clinique et l'anatomo-pathologie. *Bulletin mém. Soc. radiol. méd. de France*, Paris, mars 1932.
- BLOCH (André). — Tumeur du maxillaire supérieur chez une enfant de 12 ans. *Ann. oto-laryngol.*, Paris, août 1932, n° 8, p. 907.
- CANUYT (G.). — Polypes fibreux dits à tort naso-pharyngiens. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1922, p. 367.
- CANUYT et VELTER. — Polypes fibreux naso-pharyngiens. *Strasbourg médical*, mars 1923.
- CANUYT (G.). — Les maladies du pharynx. Clinique et thérapeutique. Masson, éd., 1936.
- CAUZARD. — Ostéofibrome du maxillaire supérieur. *Bull. de laryngol.*, oct. 1908.
- DECHAUME. — Tumeurs hyperplasiques des maxillaires. Du rôle de la crase sanguine dans leur pathogénie. VIII^e Congrès français de stomatol., Paris, 8 oct. 1938.
- DELATER et BERCHER. — De l'unité pathogénique des tumeurs des mâchoires. *Presse médicale*, 16 juin 1933, p. 539.
- DELBET (Pierre). — Fibrome du maxillaire supérieur. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, Paris, 1910.
- DUCUING. — Précis de cancérologie. Masson, 1932.
- DUCUING (J.) et DUCUING (L.). — Les tumeurs malignes du naso-pharynx. *Revue de laryngol.*, déc. 1933, p. 1213.
- GAGNIER (L.-A.). — L'ostéofibrome du maxillaire supérieur. Thèse Paris, 1910.
- GRANCLAUDE et MAUREL. — Les tumeurs à myéloplaxes des maxillaires. *Presse médicale*, 5 nov. 1932.
- JABOULAY. — Dégénérescence tardive d'un fibrome naso-pharyngien avec métastase thyroïdienne. *Gazette des hôpitaux*, 1906, n° du 4 octobre.
- JACQUES. — Anatomie pathologique et traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens. Soc. franç. d'O.-R.-L., 1908.
- JACQUES (P.). — Sur les polypes naso-pharyngiens. *Bull. et mém. Soc. franç. de laryngol.*, 1910, t. XXVI, p. 142.
- LANELONGUE. — Discussion sur les polypes naso-pharyngiens. *Bull. Soc. de chir.*, 25 juin 1873, p. 352.
- LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille et du nez, t. II, p. 425.

- LECÈNE. — Précis de pathologie externe. t. I, Masson.
- LE MÉE. — Sur les polypes naso-pharyngiens. Thèse Bordeaux, 1906.
- LERMOYEZ. — Discussion Soc. belge d'otol. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1906, t. XXXII, n° 8, p. 188.
- LHEZ. — Thèse Lyon, 1932.
- MASSON. — Les tumeurs. Masson, 1923.
- MICHAUX. — Sur les fibromes du massif maxillaire inférieur. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, Paris, 16 févr. 1910.
- MONTPELLIER. — Article : Le cancer. In *Encyclopédie médico-chirurgicale*.
- MOULONGUET (A.). — Un cas de fibrome naso-pharyngien opéré par la voie de ROUGE-DENKER. *Soc. de laryngol. des hôp. de Paris*, 20 janv. 1930, *Annales*, 1930, p. 546.
- MOURE et CANUYT (G.). — Considérations cliniques sur les polypes dits naso-pharyngiens. *Revue de chirurgie*, juin 1914.
- OMBRÉDANNE. — Précis de chirurgie infantile. Masson.
- PAPALE (R.). — Nature étiologique et pathogénie de polypes naso-pharyngiens. *Publicazioni clinica oto-rhino-laryngologica della Reale Università di Napoli*, 1924, vol. I; *Ann. des mal. de l'or.*, 1926, p. 315.
- PIERRE (J.-R.). — Etude anatomo-pathologique des fibromes naso-pharyngiens. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1924, p. 125-156.
- PORTMANN (G.) et CAYE (P.-E.). — Les tumeurs fibreuses hyperplasiques du maxillaire supérieur. *Rev. de laryngol.-otol.-rhinol.*, juill.-août 1935.
- PORTMANN et RETROUVEY. — Le cancer du nez. Doin.
- ROUSSY, LEROUX et OBERLING. — Précis d'anatomie pathologique. Masson, 1933.
- SABRAZÈS et JEANNENEY. — Les tumeurs des os. Masson, 1932.
- SÉBILEAU (P.). — Considérations sur les fibromes naso-pharyngiens. Rapport à la Soc. franç. d'O.-R.-L. *Annales*, 1923, p. 553 à 615.
- VERNEUIL. — A propos du traitement des fibromes naso-pharyngiens. Société de chirurgie, 12 déc. 1894.

